

Universidad de Málaga

Departamento de Psiquiatría y Fisioterapia



TESIS DOCTORAL

**LA HOSPITALIZACIÓN
PSIQUIÁTRICA EN ANDALUCÍA:
EVOLUCIÓN DIAGNÓSTICA DE
LOS TRASTORNOS DE
PERSONALIDAD**

Andrés Fontalba Navas

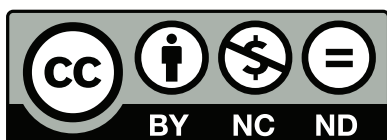
2011



SPICUM
servicio de publicaciones

AUTOR: Andrés Fontalba Navas

EDITA: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Málaga



Esta obra está sujeta a una licencia Creative Commons:

Reconocimiento - No comercial - SinObraDerivada (cc-by-nc-nd):

[Http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es)

Cualquier parte de esta obra se puede reproducir sin autorización pero con el reconocimiento y atribución de los autores.

No se puede hacer uso comercial de la obra y no se puede alterar, transformar o hacer obras derivadas.

Esta Tesis Doctoral está depositada en el Repositorio Institucional de la Universidad de Málaga (RIUMA): riuma.uma.es

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar deseo expresar mi agradecimiento al director de esta tesis doctoral, el Profesor D. Jose Miguel Pena Andreu, por la absoluta dedicación y apoyo que ha brindado a este trabajo. Gracias por la confianza depositada desde que inicié mis primeros pasos guiados por él en el mundo de la Psiquiatría y la investigación.

De igual manera a mi mujer, que me ha acompañado en todo este proceso de transformación y donde su apoyo, cariño y comprensión me ha servido de aliento a lo largo de este camino.

Y también gracias a mi familia, de los que he aprendido que con trabajo y constancia se pueden coronar las cimas.

INDICE

Resumen	4
Introducción	26
Capítulo 1: La Hospitalización Psiquiátrica en Andalucía	30
Capítulo 2: Trastornos de Personalidad – Clasificación Diagnóstica	33
Capítulo 3: Hipótesis. Metodología	63
Capítulo 4: Evolución del número de pacientes y de ingresos de los mismos con diagnóstico de Trastorno de Personalidad	73
Capítulo 5: Evolución de los Cluster de los Trastornos de Personalidad	126
Capítulo 6: Modelo de regresión lineal del porcentaje de pacientes hospitalizados con diagnóstico de Trastorno de Personalidad	132
Capítulo 7: Discusión. Conclusiones	173
Bibliografía	191

LA HOSPITALIZACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD: ANÁLISIS EN UNA AMPLIA SERIE DE CASOS

Resumen:. Partiendo de la visión global de la hospitalización psiquiátrica en la Comunidad Autónoma Andaluza, el presente estudio pretende profundizar sobre la evolución diagnóstica de los Trastornos de Personalidad y su impacto sobre el uso de dispositivos sanitarios. Se planteó un estudio observacional retrospectivo y analítico de los pacientes ingresados en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica, recogidos mediante el registro CMBD a lo largo de diez años (1995-2004). El número de pacientes, así como de ingresos, con al menos un diagnóstico de Trastorno de Personalidad está aumentando, pero no igual en todos los subtipos. El Trastorno Límite de Personalidad es el que experimenta el mayor aumento, igualmente asociado a altas tasas de rehospitalización.

INTRODUCCION

Los Trastornos de Personalidad Incluyen diversas alteraciones y modos de comportamiento que tienen relevancia clínica por sí mismos, que tienden a ser persistentes y son la expresión de un estilo de vida y de la manera característica que el individuo tiene de relacionarse consigo mismo y con los demás.

Se ha despertado en la última década un interés creciente en la comunidad científica sobre los Trastornos de Personalidad. Gracias a esto se ha conseguido un mejor conocimiento del desarrollo de esta patología y se disponen de tratamientos de probada eficacia (1-4).

Además se ha visto reflejado en un crecimiento en la literatura publicada sobre el tema en las bases bibliográficas médicas, no sólo del global de los Trastornos, sino incluso de manera exponencial en algunos subtipos como el Trastorno Límite de la Personalidad (5).

Por otro lado, los estudios epidemiológicos sobre trastornos de personalidad se encuentran en fases precoces de desarrollo. Estos estudios han intentado establecer la prevalencia en áreas geográficas limitadas (6), aunque ya están siendo publicados estudios poblacionales con grandes muestras (7-9).

Un punto en común en todos los estudios es la magnitud de este trastorno (hasta un 14 % en población general) y las graves consecuencias que acarrea en muchos de los casos (10) por lo que es considerado como Trastorno Mental Grave (11,12).

Hasta el momento no se han publicado estudios de esta envergadura e interés epidemiológico en nuestro país ni, mas concretamente, en ninguna comunidad autónoma. Nuestro grupo de investigación abrió una línea que identificó la magnitud del problema, al confirmar el aumento del número de diagnósticos de Trastornos de Personalidad en todos los hospitales de Andalucía en el período comprendido de 1995 a 2002(13-14)

La hipótesis principal consiste en demostrar que estas circunstancias de auge en su discusión e investigación podrían llevar a un aumento en el uso diagnóstico de los mismos en población clínica.

OBJETIVOS:

-Evaluar el uso del diagnóstico de Trastorno de Personalidad en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica en Andalucía durante un período de 10 años en población hospitalaria.

-Diferenciar entre los distintos subtipos de Trastornos de Personalidad y comprobar su comportamiento durante el período estudiado.

-Identificar diagnósticos asociados a un mayor uso de dispositivos sanitarios.

METODOLOGIA, DISEÑO Y DESARROLLO DEL ESTUDIO

Población de estudio.

Se estudió el total de la población de pacientes ingresados en las Unidades de Psiquiatría de agudos existentes en los hospitales generales del S.A.S. en toda la Comunidad Autónoma con diagnóstico de Trastorno de la Personalidad (Algeciras, Baza, Carlos Haya, Gener. Huelva, Huerca Overa, Jerez Front., Princesa España, Puerto Real, Reina Sofía, Torrecárdenas, Úbeda, Univer. Granada, Univer. Málaga, V. Macarena, V. Nieves, V. Rocío y Valme), durante el período comprendido entre 1995 y 2004.

Fuente de información

Los datos se extrajeron del Conjunto Mínimo de Básico de Datos (CMBD) de Andalucía. Se trata de un sistema de recogida de información hospitalaria que comprende un conjunto de variables, obtenidas momento del alta, de tipo administrativo, clínico y demográfico.

La recogida del CMBD está plenamente implantada en todos los hospitales de Andalucía desde hace unos años, resultando los datos totalmente fiables a partir de 1995. Es por ello, que nuestra investigación abarca desde este año hasta 2004, año en que la recogida y purga de la información se ha completado.

Nuestro grupo de investigación solicitó a los SS.CC. del S.A.S., donde se centraliza la información procedente de todos los hospitales, la información necesaria para el desarrollo de este estudio, disponiendo en la actualidad de una base de datos de aproximadamente 100000 registros, cada uno de los cuales supone un alta y por ende un ingreso hospitalario.

Tipo de estudio

Se realizó un estudio observacional de tipo retrospectivo, a partir de los ingresos de pacientes en las unidades de Psiquiatría de Agudos existentes en los hospitales generales de la Comunidad Autónoma Andaluza con el diagnóstico de Trastorno de Personalidad.

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, con el fin de conocer las condiciones relacionadas con los individuos objeto de estudio y sus variaciones según el número y porcentaje de pacientes hospitalizados e ingresos por año.

Limitaciones del estudio

En el diseño actual se recogen pacientes que al menos reciban un diagnóstico de trastorno de personalidad, obviando el resto de categorías diagnósticas o el solapamiento que puede existir dentro de los trastornos de personalidad. Esto nos ha permitido analizar cada subtipo por separado y medir la evolución temporal para cada categoría diagnóstica.

Disponemos ya de datos de comorbilidad en poblaciones seleccionadas, en las que evaluamos la coexistencia entre Trastorno Bipolar y Trastorno Límite de Personalidad en pacientes jóvenes hospitalizados (15). La asociación entre diagnósticos de Trastornos de Personalidad con otras patologías, tanto psiquiátricas como del resto de enfermedades médicas en nuestro medio, constituye en sí mismo un desafío para futuras investigaciones sobre el tema.

RESULTADOS

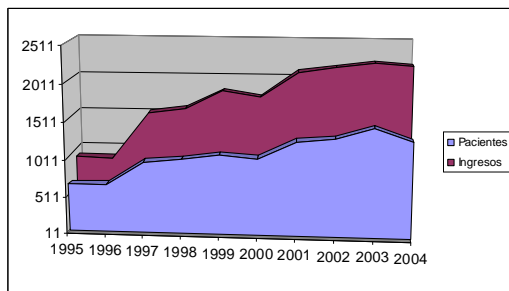
Del global de pacientes (64968) durante el período de estudio (de 5483 en 1995 a 7262 en 2004), se recogen 10755 pacientes que al alta presentaban al menos un diagnóstico de Trastorno de la Personalidad en un año. En 1995 existen 644 registros de trastorno de personalidad, 646 en 1996, 966 en 1997, 1013 en 1998, 1080 en 1999, 1039 en 2000, 1278 en 2001, 1319 en 2002, 1469 en 2003 y 1301 en 2004.

De esta forma el porcentaje de pacientes que cada año ha recibido al menos un diagnóstico de Trastorno de la Personalidad va desde un 11,74 % en 1995, 11,91% en 1996, 14,97% en 1998, 15,31% en 1999, 15,95% en 1999, 17,86% en 2000, 18,89% en 2001, 18,92% en 2002, 19,8% en 2003 hasta un 17,91% en 2004.

Del la misma manera, del global de registros de ingresos de pacientes (99444) durante el período de estudio (de 7678 en 1995 a 10881 en 2004), se recogen 17198 ingresos de pacientes que al alta presentaban al menos un diagnóstico de Trastorno de la Personalidad. En 1995 existen 899 registros de Trastorno de Personalidad, 886 en 1996, 1526 en 1997, 1584 en 1998, 1836 en 1999, 1760 en 2000, 2098 en 2001, 2170 en 2002, 2237 en 2003 y 2202 en 2004.

El porcentaje de ingresos que reciben al menos un diagnóstico de Trastorno de la Personalidad con respecto al global va desde un 11,71 % en 1995, 11,55% en 1996, 15,42% en 1998, 15,74% en 1999, 17,08% en 1999, 18,88% en 2000, 19,31% en 2001, 19,81% en 2002, 19,68% en 2003 hasta un 20,24% en 2004 (Gráfico 1).

Gráfica 1. Evolución del número de pacientes y de ingresos por año que reciben al menos un diagnóstico de Trastorno de Personalidad



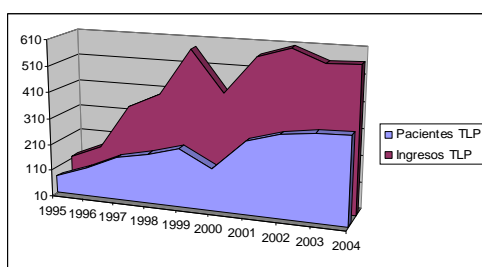
En la superposición de ambas gráficas se aprecia claramente cómo no sólo aumenta el número de pacientes que reciben al menos un diagnóstico de Trastorno de Personalidad, sino que además en los últimos años se observa un fenómeno caracterizado por un aumento, al mismo tiempo, del número de veces que ingresan por año

El Trastorno Límite de la Personalidad es el Trastorno de la Personalidad más frecuente en nuestra Comunidad, aunque se encuentra presente en todas las culturas. Los pacientes con trastorno límite de personalidad ingresados en Andalucía por año experimentan un crecimiento desde 76 en 1995 a 340 en 2004, con un incremento no explicable exclusivamente por aumento de población o incremento en el número de ingresos.

La mayor parte del crecimiento en los Trastornos de personalidad es a expensas de este subtipo.

No sólo se incrementa el número de pacientes hospitalizados con diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad sino que igualmente se incrementan en gran medida el número de ingresos por parte de estos, desde 121 hasta 561, siendo más de la cuarta parte del total de los trastornos de personalidad, y sumando la destacada cifra de 4316 registros a lo largo del período estudiado. (Gráfica 2)

Gráfica 2. Evolución del número de pacientes con diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad y de los ingresos en las Unidades de Hospitalización Psiquiátricas por parte de este subtipo diagnóstico



El DSM presenta además de la lista de 12 subcategorías una agrupación en cuatro subgrupos, fundamentados principalmente en similitudes descriptivas

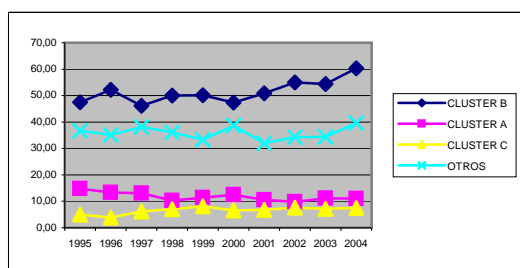
En el análisis de porcentajes por grupos diagnósticos el principal clúster y que experimenta un crecimiento importante es el clúster B, que va acaparando la mayor parte del peso en la clínica hospitalaria (16).

El Clúster A comprende una menor proporción, y además presenta una tendencia bastante sostenida a disminuir. Son considerados como precursores de trastornos psicóticos por lo que en futuras clasificaciones se debate su inclusión en ese grupo (17).

El Clúster C es el más minoritario de todos. Aunque está experimentando un crecimiento, continúa siendo un escaso porcentaje de los trastornos de personalidad. Las publicaciones actuales tienden a relacionarlo con los Trastornos de Ansiedad (18).

La categoría de Otros Trastornos de Personalidad es el grupo que mantiene cifras de pacientes y de ingresos más estables, representando incluso el segundo diagnóstico de Trastorno de Personalidad más frecuente, por debajo del Trastorno Límite de Personalidad. Ya en investigaciones previas se advertía de que potencialmente será un diagnóstico muy frecuente y que era precisa su conceptualización (19,20). (Gráfico 3)

Gráfico 3. Evolución del porcentaje de pacientes de cada cluster con respecto al global de pacientes hospitalizados con diagnóstico de Trastorno de la Personalidad



DISCUSION

El presente estudio ha contado con la oportunidad de usar una potente base de datos, el CMBD.

Los centros del Sistema Sanitario Público Andalúz tienen la obligación de generar un registro en el CMBD por cada alta producida en los ámbitos de hospitalización, garantizando el hospital la fiabilidad de los datos que recoge el CMBD. A su vez, se complementa con los procesos de evaluación de Servicios Centrales que garantizan la calidad de la información recogida. Existe además una Comisión de Análisis y Seguimiento del CMBD que asesora, facilita e implanta y valora la información producida.

Desde algún tiempo una observación clínica habitual es la tendencia a la hospitalización que presentan los pacientes con diagnóstico de Trastorno de la Personalidad, sin embargo sólo algunos estudios proveen de datos empíricamente contrastados de éste crecimiento (21-23).

Nuestro estudio muestra este crecimiento durante el período desde 1995 a 2004, desde un 11,74 % de los pacientes ingresados hasta un 17,91 %, no solamente en el número de pacientes, sino también en el número de ingresos con diagnóstico de TP, pasando desde el 11,71 % al 20,24 %, llegando a constituir hasta una quinta parte de todos los ingresos en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica.

El Trastorno de Personalidad sin Especificar es el que presenta un patrón mas estable, como aparece en otros estudios (24) si bien el Trastorno Límite de la Personalidad es el que genera más ingresos y aparecen mayor número de pacientes y a su vez el que experimenta un crecimiento más acusado.

En el análisis por grupos diagnósticos el principal clúster y que experimenta un crecimiento importante es el clúster B (25), que va acaparando la mayor parte del peso en la clínica hospitalaria.

El Clúster A comprende una menor proporción, y además presenta una tendencia bastante sostenida a disminuir.

El Clúster C es el más minoritario de todos, aunque está experimentando un crecimiento, continúa siendo un escaso porcentaje de los trastornos de personalidad.

La categoría de Otros Trastornos de Personalidad es el grupo que mantiene cifras de pacientes y de ingresos más estables (26).

Como continuación del estudio sobre hospitalización psiquiátrica en Andalucía cabe destacar el análisis de la comorbilidad diagnóstica como línea prioritaria de desarrollo de nuestro estudio en un futuro próximo.

CONCLUSIONES

1. El número de pacientes ingresados en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de Andalucía con al menos un diagnóstico de Trastorno de Personalidad está aumentando.
2. A su vez, el número de ingresos por paciente y año que reciben al menos un diagnóstico de Trastorno de Personalidad está también aumentando, produciéndose un fenómeno creciente de rehospitalización.
3. El diagnóstico más frecuente y que genera mayor número de ingresos es el Trastorno Límite de Personalidad.
4. En el análisis por grupos diagnósticos el principal clúster y que experimenta un crecimiento importante es el clúster B, que va acaparando la mayor parte del peso en la clínica hospitalaria.
5. El grupo de Trastorno de Personalidad Sin Especificar es el segundo en importancia por pacientes e ingresos, presentando a su vez un patrón estable.
6. El Clúster A comprende una menor proporción, y además presenta una tendencia bastante sostenida a disminuir.
7. El Clúster C es el más minoritario de todos, aunque está experimentando un crecimiento, continúa siendo un escaso porcentaje de los Trastornos de Personalidad.

BIBLIOGRAFIA

1. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2003-2007. Sevilla, 2004
2. Bateman A, Fonagy P: Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization-Based Treatment. Oxford, UK, Oxford University Press, 2004
3. Stanley B, Bundy E, Beberman R.
Skills Training as an Adjunctive Treatment for Personality Disorders.
J Psychiatr Pract. 2001 Sep;7(5):324-335.
4. Gabbard GO.
Mind, brain, and personality disorders.
Am J Psychiatry. 2005 Apr;162(4):648-55.
5. Blashfield RK, Intoccia V.
Growth of the literature on the topic of personality disorders.
Am J Psychiatry. 2000 Mar;157(3):472-3.
6. Jackson HJ, Whiteside HL, Bates GW, Bell R, Rudd RP, Edwards J.
Diagnosing personality disorders in psychiatric inpatients.
Acta Psychiatr Scand. 1991 Mar;83(3):206-13.
7. Jackson HJ, Burgess PM.
Personality disorders in the community: results from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being Part III. Relationships between specific type of personality disorder, Axis 1 mental disorders and physical conditions with disability and health consultations.
Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2004 Oct;39(10):765-76.
8. Jackson HJ, Burgess PM.
Personality disorders in the community: results from the Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing Part II. Relationships between personality disorder, Axis I mental disorders and physical conditions with disability and health consultations.
Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2002 Jun;37(6):251-60.
9. Jackson HJ, Burgess PM.
Personality disorders in the community: a report from the Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing.
Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2000 Dec;35(12):531-8.

10. Buchanan A, Leese M.
Detention of people with dangerous severe personality disorders: a systematic review.
Lancet. 2001 Dec 8;358(9297):1955-9.
11. Tyrer P, Coid J, Simmonds S, Joseph P, Marriott S.
Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality.
Cochrane Database Syst Rev. 2000;(2):CD000270.
12. Keown P, Holloway F, Kuipers E.
The impact of severe mental illness, co-morbid personality disorders and demographic factors on psychiatric bed use.
Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2005 Jan;40(1):42-9
13. Fontalba Navas A, Pena Andreu JM, Carrera Martínez M, Rodríguez Idígoras MI, Martínez González JL, Gornemann Schaffer I.
Aumento del número de ingresos con diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad en la Comunidad Autónoma Andaluza.
Psiquiatría Biológica 2004; 11, extraordin 1 :120
14. Fontalba Navas A, Pena Andreu JM, Carrera Martínez M, Rodríguez Idígoras MI, Martínez González JL, Lorenzo García M.
Estabilidad del diagnóstico de Trastorno Histriónico de Personalidad en pacientes ingresados en Unidades de Agudos en Andalucía.
Psiquiatría Biológica 2004; 11, extraordin 1 :120
15. Coexistence between bipolar disorder and borderline personality disorder in young inpatients
Pena-Andreu JM, Fontalba-Navas A, Gutierrez D, Rodríguez Idígoras MI, Martínez JL, Lorenzo M
Bipolar Disorders, 8 (Suppl. 1), 1–68
16. Pompili M, Ruberto A, Girardi P, Tatarelli R
Ann Ist Super Sanita. 2004;40(4):475-83.
Suicidality in DSM IV cluster B personality disorders. An overview.
17. Erlenmeyer-Kimling L, Squires-Wheeler E, Adamo UH, Bassett AS, Cornblatt BA, Kestenbaum CJ, Rock D, Roberts SA, Gottesman II.
The New York High-Risk Project. Psychoses and cluster A personality disorders in offspring of schizophrenic parents at 23 years of follow-up. *Arch Gen Psychiatry*. 1995 Oct;52(10):857-65
18. Brandes M, Bienvenu OJ.
Curr Psychiatry Rep. 2006 Aug;8(4):263-9.
Personality and anxiety disorders
19. Wilberg T, Hummelen B, Pedersen G, Karterud S.
A study of patients with personality disorder not otherwise specified. *Compr Psychiatry*. 2008 Sep-Oct;49(5):460-8.
20. Verheul R, Bartak A, Widiger T
Prevalence and construct validity of Personality Disorder Not Otherwise Specified (PDNOS).
J. Pers Disord. 2007 Aug;21(4):359-70.
21. Lyons JS, O'Mahoney MT, Miller SI, Neme J, Kabat J, Miller F: Predicting readmission to the psychiatric hospital in a managed care environment: implications for quality indicators. *American Journal of Psychiatry* 154:337–340, 1997
22. Vogel S; Factors associated with multiple admissions to a public psychiatric hospital. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 95: 244-253
23. Thornicroft G, Gooch C, Dayson D. Readmissions to hospital for long term psychiatric patients after discharge to the community. *BMJ* 1992; 305: 996-998
24. Verheul R, Bartak A, Widiger T
Prevalence and construct validity of Personality Disorder Not Otherwise Specified (PDNOS).
J. Pers Disord. 2007 Aug;21(4):359-70
25. Hoermann S, Clarkin J, Hull J, Fertuck E.
Attachment Dimensions as predictor of medical hospitalizations in individuals with DSM IV Cluster B Personality Disorders
J Personal Disord, 2004, 18(6), 595-603
26. Verheul R, Widiger TA.
A meta-analysis of the prevalence and usage of the personality disorder not otherwise specified (PDNOS) diagnosis.
J Personal Disord. 2004 Aug;18(4):309-19

HOSPITALIZATION IN PERSONALITY DISORDERS: ANALYSIS OF A LARGE SAMPLE

ABSTRACT: Based on the review of psychiatric hospitalization in Andalusia, this study seeks the relation between evolution of diagnosis for personality disorders and their impact on the use of medical devices. It raised a retrospective observational study and analyzing the patients admitted to psychiatric inpatient units, collected through registration MDS over ten years (1995-2004). The number of patients with at least one diagnosis of personality disorder and its admissions is increasing but not equal in all subtypes. Borderline Personality Disorder is experiencing the biggest increase, also associated with high rates of rehospitalisation.

INTRODUCTION

Personality Disorders include various modifications, modes of behavior that have clinical relevance for themselves, which tend to be persistent and are an expression of lifestyle and fashion feature that the individual has to interact with itself and with others .

In the last decade there are a growing interest in the scientific community about Personality Disorders. Because of this, we have now a better understanding of the development of this disease and treatments have proven effective (1-4).

It has also been reflected in an increase in the published literature on the subject in medical bibliographic databases, exponentially in some subtypes such as Borderline Personality Disorder (5).

On the other hand, epidemiological studies on personality disorders are in early stages of development. These studies have attempted to establish the prevalence in limited geographic areas (6), although already being published population studies with large samples (7-9).

A common point in all studies is the magnitude of this disorder (up to 14% in general population) and carries serious consequences in many cases (10) as is considered Severe Mental Disorder (11,12 .)

So far there are no published studies of this scale and epidemiological interest in our country or, more specifically, in any autonomous community. Our research group opened a line identified by the magnitude of the problem, confirming the increased number of diagnoses of personality disorders in all hospitals of Andalusia in the period from 1995 to 2002 (13-14)

The main hypothesis is to demonstrate that the circumstances of boom in their discussion and investigation could lead to an increase in the use thereof in diagnosis of clinical population

OBJECTIVES:

-To evaluate the use of personality disorder diagnosis in the inpatient units in Andalusia during a period of 10 years in hospital population.

-To differentiate between different subtypes of Personality Disorders and check their conduct during the period studied.

-To identify diagnoses associated with greater use of medical devices.

METHODOLOGY, DESIGN AND DEVELOPMENT STUDY

Study population.

We studied the total population of patients admitted to acute psychiatric units in general hospitals that belong to SAS (Andalusian health service) throughout the Autonomous Community with a diagnosis of Personality Disorder in the following areas: Algeciras, Baza, Carlos Haya, Gener. Huelva, Huerca Overa, Jerez Front., Princess Spain, Puerto Real, Reina Sofia, Torrecárdenas, Úbeda, Univer. Granada, Univer. Málaga, V. Macarena, V. Nieves, V. Rocio and Valme, during the period between 1995 and 2004.

Source of information:

The data were drawn from the Minimum Basic Data Set (MDS) of Andalusia. This is a hospital information collection which includes a set of variables obtained at discharge, administrative, clinical and demographic.

The collection of MDS is fully deployed in all hospitals of Andalusia in recent years, resulting in a very reliable data since 1995. Therefore, our research extends from this year until 2004, when the collection and purging of information is complete.

Our research group asked to the Central Services (SAS), which centralizes information from all hospitals. The information necessary for the development of this study, now have a database of 99,444 records, each of which represents an inpatient.

Type of study:

We performed a retrospective observational study, of the inpatient in Acute Psychiatric units in general hospitals existing in the Autonomous Community of Andalusia with a diagnosis of Personality Disorder.

At the first stage, we conducted a descriptive study to explore the conditions associated with the individuals being studied and they change with individual features, social, geographical and temporal.

Later, we conducted an analytical study of evolution within this diagnostic category using a time series analysis, in order to determine the diagnostic stability, and which makes evident the trend in the diagnosis and the use of Inpatient Psychiatric Units patients receiving a diagnosis of Personality Disorder

Study Limitations

In the current design will pick up patients who received at least one personality disorder diagnosis, disregarding the other diagnostic categories or the overlap that may exist within the personality disorder. This has allowed us to examine each subtype separately and measure progress time for each diagnostic category.

There is already evidence of comorbidity in selected populations, in which we evaluate the coexistence of Bipolar Disorder and Borderline Personality Disorder in young patients hospitalized (15). The association between diagnosis of personality disorders with other conditions, both psychiatric and other medical conditions of our environment, constitutes a challenge for future research on the subject.

RESULTS

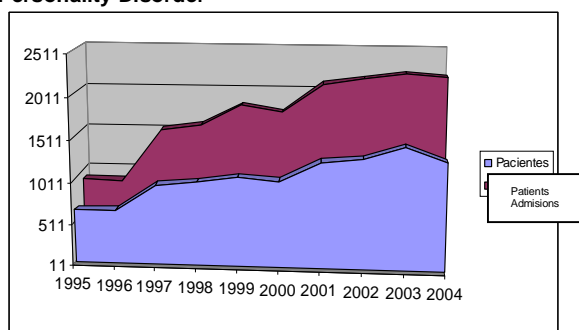
Of the total patients (64,968) during the study period (from 5483 in 1995-7262 in 2004), 10,755 patients at discharge had at least one diagnosis of personality disorder in one year. In 1995 there were 644 records personality disorder, 646 in 1996, 966 in 1997, 1013 in 1998, 1080 in 1999, 1039 in 2000, 1278 in 2001, 1319 in 2002, 1469 in 2003 and 1301 in 2004.

Thus, the percentage of patients each year have received at least one diagnosis of personality disorder ranges from 11.74% in 1995, 11.91% in 1996, 14.97% in 1998, 15.31% in 1999, 15.95% in 1999, 17.86% in 2000, 18.89% in 2001, 18.92% in 2002, 19.8% in 2003 to 17.91% in 2004.

From the same way, the overall earnings records of patients (99,444) during the study period (from 7678 in 1995-10881 in 2004) contains 17,198 inpatient patients at discharge had at least one diagnosis of Personality disorder. In 1995 there were 899 records of Personality Disorder, 886 in 1996, 1526 in 1997, 1584 in 1998, 1836 in 1999, 1760 in 2000, 2098 in 2001, 2170 in 2002, 2237 in 2003 and 2202 in 2004.

The percentage of inpatient received at least one diagnosis of personality disorder with respect to the global ranges from 11.71% in 1995, 11.55% in 1996, 15.42% in 1998, 15.74% in 1999, 17.08% in 1999, 18.88% in 2000, 19.31% in 2001, 19.81% in 2002, 19.68% in 2003 to 20.24% in 2004 (Figure 1).

Figure 1. Evolution of the number of patients per year and income that receive at least one diagnosis of Personality Disorder



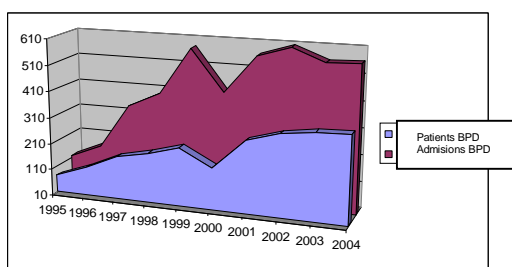
In the overlay of both graphs it clearly shows how not only increase the number of patients receiving at least one diagnosis of Personality Disorder, but also in recent years it has seen a phenomenon characterized by an increase at the same time, the number times per year entering.

The Borderline Personality Disorder is a personality disorder more prevalent in our community, but is present in all cultures. Patients with borderline personality disorder admitted in Andalusia experiencing growth per year from 76 in 1995 to 340 in 2004, an increase can not be explained solely by population growth or increase in the number of admissions.

Most of the growth in personality disorders is at the expense of this subtype.

It not only increases the number of patients hospitalized with a diagnosis of Borderline Personality Disorder but also greatly increase the number of admissions by those from 121-561, with more than a quarter of total disorders personality, and adding the record 4316 figure prominently throughout the period studied. (Figure 2)

Figure 2. Evolution of number of patients and its admissions with diagnosis of Borderline Personality Disorder.



The DSM, in addition to the list of 12 sub-grouping into four subgroups, based mainly on descriptive similarities.

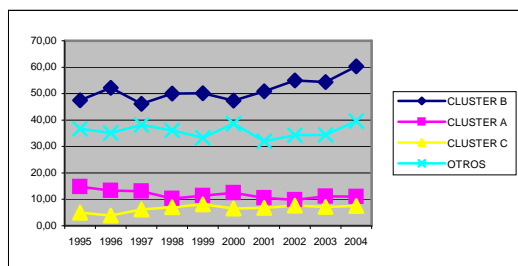
In the analysis of rates for diagnostic groups the main cluster and experiencing significant growth is the cluster B, which is hogging most of the weight in the hospital clinic (16).

The Cluster A comprises a smaller proportion, and also presents a fairly steady decline. They are regarded as precursors of psychotic disorders so that in future classifications under discussion for inclusion in that group (17).

The Cluster C is the smallest of all. Although it is growing, it remains a small percentage of personality disorders. The current literature tend to relate it to the Anxiety Disorders (18).

The category of other personality disorders is the group of patients that maintained and more stable incomes, representing whether the second diagnosis of Personality Disorder more common, down from Borderline Personality Disorder. In previous research it warned that potentially it will be a very common diagnosis and that was precisely its conceptualization (19,20). (Figure 3)

Figure 3. Evolution of the percentage of patients in each cluster with respect to overall patient hospitalized with a diagnosis of Personality Disorder



DISCUSSION

This study has had the opportunity to use a powerful database, the MDS.

The centers of the Andalusian Public Health System are required to generate a record in the MDS for each produced high in the areas of hospitalization. Hospitals guaranteeing the reliability of the data it collects the MDS. Turn, is complemented by the evaluation processes of Central Services that ensure the quality of the information collected. There is also a Committee on Monitoring Analysis and MDS who advises, facilitate, implements and evaluates the information produced.

Since some time a common clinical observation is the tendency to hospitalization presented by patients with a diagnosis of Personality Disorder, but only a few studies provide empirical data contrasting this growth (21-23).

This study shows that growing in-patients during the period from 1995-2004, from 11.74% of patients admitted up to 17.91%, not only in the number of patients but also in the number of admissions with a diagnosis of PD, going from 11.71% to 20.24%, reaching up to a fifth of all admissions to psychiatric inpatient units.

Personality Disorder Not Specified presents the most stable pattern, as shown in other studies (24) although the Borderline Personality Disorder generates more income and became more patients and is experiencing a strongest growth.

In the analysis by the main cluster diagnostic groups and experiencing, cluster B presents a significant growth (25), which is hogging most of the weight in the hospital clinic.

The Cluster A comprises a smaller proportion, and also presents a fairly steady decline.

The Cluster C is the smallest of all, but is growing, it remains a small percentage of personality disorders.

The category of other personality disorders group that maintains the numbers of patients and more stable income (26).

Following the study on psychiatric hospitalization in Andalusia it include the analysis of diagnostic comorbidity and development priority line of our study in the near future.

CONCLUSIONS

1. The number of patients admitted to the inpatient units of Andalusia with at least one diagnosis of personality disorder is increasing.
2. In turn, the number of admissions per patient per year who receive at least one diagnosis of personality disorder is also increasing, resulting in a growing phenomenon of rehospitalization.
3. The most frequent diagnosis and generates more revenue is Borderline Personality Disorder.
4. In the analysis by the main cluster diagnostic groups and experiencing significant growth is the cluster B, which is hogging most of the weight in the hospital clinic.
5. The group Not Specified Personality Disorder is the second most important by patients and income, in turn presenting a stable pattern.
6. The Cluster A comprises a smaller proportion, and also presents a fairly steady decrease
7. The Cluster C is the most minor of all, but is growing, it remains a small percentage of Personality Disorders.

BIBLIOGRAPHY:

1. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2003-2007. Sevilla, 2004
2. Bateman A, Fonagy P: Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization-Based Treatment. Oxford, UK, Oxford University Press, 2004
3. Stanley B, Bundy E, Beberman R.
Skills Training as an Adjunctive Treatment for Personality Disorders.
J Psychiatr Pract. 2001 Sep;7(5):324-335.
4. Gabbard GO.
Mind, brain, and personality disorders.
Am J Psychiatry. 2005 Apr;162(4):648-55.
5. Blashfield RK, Intoccia V.
Growth of the literature on the topic of personality disorders.
Am J Psychiatry. 2000 Mar;157(3):472-3.
6. Jackson HJ, Whiteside HL, Bates GW, Bell R, Rudd RP, Edwards J.
Diagnosing personality disorders in psychiatric inpatients.
Acta Psychiatr Scand. 1991 Mar;83(3):206-13.
7. Jackson HJ, Burgess PM.
Personality disorders in the community: results from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being Part III. Relationships between specific type of personality disorder, Axis 1 mental disorders and physical conditions with disability and health consultations.
Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2004 Oct;39(10):765-76.
8. Jackson HJ, Burgess PM.
Personality disorders in the community: results from the Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing Part II. Relationships between personality disorder, Axis I mental disorders and physical conditions with disability and health consultations.
Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2002 Jun;37(6):251-60.
9. Jackson HJ, Burgess PM.
Personality disorders in the community: a report from the Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing.
Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2000 Dec;35(12):531-8.
10. Buchanan A, Leese M.
Detention of people with dangerous severe personality disorders: a systematic review.
Lancet. 2001 Dec 8;358(9297):1955-9.
11. Tyrer P, Coid J, Simmonds S, Joseph P, Marriott S.
Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality.
Cochrane Database Syst Rev. 2000;(2):CD000270.
12. Keown P, Holloway F, Kuipers E.
The impact of severe mental illness, co-morbid personality disorders and demographic factors on psychiatric bed use.
Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2005 Jan;40(1):42-9
13. Fontalba Navas A, Pena Andreu JM, Carrera Martínez M, Rodríguez Idígoras MI, Martínez González JL, Gornemann Schaffer I.
Aumento del número de ingresos con diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad en la Comunidad Autónoma Andaluza.
Psiquiatría Biológica 2004; 11, extraordin 1 :120
14. Fontalba Navas A, Pena Andreu JM, Carrera Martínez M, Rodríguez Idígoras MI, Martínez González JL, Lorenzo García M.
Estabilidad del diagnóstico de Trastorno Histriónico de Personalidad en pacientes ingresados en Unidades de Agudos en Andalucía.
Psiquiatría Biológica 2004; 11, extraordin 1 :120
15. Coexistence between bipolar disorder and borderline personality disorder in young inpatients
Pena-Andreu JM, Fontalba-Navas A, Gutierrez D, Rodriguez Idígoras MI, Martínez JL, Lorenzo M
Bipolar Disorders, 8 (Suppl. 1), 1–68

16. Pompili M, Ruberto A, Girardi P, Tatarelli R
Ann Ist Super Sanita. 2004;40(4):475-83.
Suicidality in DSM IV cluster B personality disorders. An overview.
17. Erlenmeyer-Kimling L, Squires-Wheeler E, Adamo UH, Bassett AS, Cornblatt BA, Kestenbaum CJ, Rock D, Roberts SA, Gottesman II.
The New York High-Risk Project. Psychoses and cluster A personality disorders in offspring of schizophrenic parents at 23 years of follow-up. Arch Gen Psychiatry. 1995 Oct;52(10):857-65
18. Brandes M, Bienvenu OJ.
Curr Psychiatry Rep. 2006 Aug;8(4):263-9.
Personality and anxiety disorders
19. Wilberg T, Hummelen B, Pedersen G, Karterud S.
A study of patients with personality disorder not otherwise specified. Compr Psychiatry. 2008 Sep-Oct;49(5):460-8.
20. Verheul R, Bartak A, Widiger T
Prevalence and construct validity of Personality Disorder Not Otherwise Specified (PDNOS).
J. Pers Disord. 2007 Aug;21(4):359-70.
21. Lyons JS, O'Mahoney MT, Miller SI, Neme J, Kabat J, Miller F: Predicting readmission to the psychiatric hospital in a managed care environment: implications for quality indicators. American Journal of Psychiatry 154:337-340, 1997
22. Vogel S; Factors associated with multiple admissions to a public psychiatric hospital. Acta Psychiatr Scand 1997; 95: 244-253
23. Thornicroft G, Gooch C, Dayson D. Readmissions to hospital for long term psychiatric patients after discharge to the community. BMJ 1992; 305: 996-998
24. Verheul R, Bartak A, Widiger T
Prevalence and construct validity of Personality Disorder Not Otherwise Specified (PDNOS).
J. Pers Disord. 2007 Aug;21(4):359-70
25. Hoermann S, Clarkin J, Hull J, Fertuck E.
Attachment Dimensions as predictor of medical hospitalizations in individuals with DSM IV Cluster B Personality Disorders
J Personal Disord, 2004, 18(6), 595-603
26. Verheul R, Widiger TA.
A meta-analysis of the prevalence and usage of the personality disorder not otherwise specified (PDNOS) diagnosis.
J Personal Disord. 2004 Aug;18(4):309-19

EVOLUCIÓN DIAGNÓSTICA DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN POBLACIÓN HOSPITALIZADA: SERIE TEMPORAL DE 10 AÑOS

INTRODUCCION

Los Trastornos de la Personalidad son patrones permanentes e inflexibles de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o prejuicios para el sujeto (1).

Estos rasgos, continúa diciendo la CIE-10 (2), representan desviaciones extremas, o al menos significativas, del modo como el individuo normal de una cultura percibe, piensa, siente y, sobre todo, se relaciona con los demás o deben apartarse acusadamente de las expectativas culturales o norma, de acuerdo con el DSM-IV. Esta última clasificación también señala que la desviación debe ponerse de manifiesto en más de una de las siguientes áreas: cognitiva, afectiva, de control de impulsos, de necesidad de gratificación y de forma de relacionarse con los demás.

Estos tipos de trastornos abarcan formas de comportamiento duraderas y profundamente arraigadas en el enfermo, que se manifiestan como modalidades estables de respuestas a un amplio espectro de situaciones individuales y sociales. Representan desviaciones extremas, o al menos significativas, del modo como el individuo normal de una cultura determinada percibe, piensa, siente y, sobre todo, se relaciona con los demás. Estas formas de comportamiento tienden a ser estables y a abarcar aspectos múltiples de las funciones psicológicas y del comportamiento. Con frecuencia se acompañan de grados variables de tensión subjetiva y de dificultades de adaptación social. (3-4)

Mediante el estudio analítico por medio de regresión lineal y según la evolución de 10 años podemos estimar la tendencia en el uso del diagnóstico de Trastornos de la Personalidad en población hospitalizada, así como en sus subtipos, en un intento de reflejar el uso de clasificaciones internacionales a lo largo de una serie temporal.

OBJETIVOS:

- Estudiar la evolución del uso diagnóstico de los Trastornos de Personalidad y sus subtipos en población hospitalizada en una serie de 10 años

- Establecer un modelo de crecimiento a través del análisis de la serie temporal.

METODOLOGIA, DISEÑO Y DESARROLLO DEL ESTUDIO

Población de estudio.

Se estudió el total de la población de pacientes ingresados en las Unidades de Psiquiatría de agudos existentes en los hospitales generales del S.A.S. en toda la Comunidad Autónoma con diagnóstico de Trastorno de la Personalidad (Algeciras, Baza, Carlos Haya, Gener. Huelva, Huerca Overa, Jerez Front., Princesa España, Puerto Real, Reina Sofía, Torrecárdenas, Úbeda, Univer. Granada, Univer. Málaga, V. Macarena, V. Nieves, V. Rocío y Valme), durante el período comprendido entre 1995 y 2004.

Fuente de información

Los datos se extrajeron del Conjunto Mínimo de Básico de Datos (CMBD) de Andalucía. Se trata de un sistema de recogida de información hospitalaria que comprende un conjunto de variables, obtenidas momento del alta, de tipo administrativo, clínico y demográfico.

La recogida del CMBD está plenamente implantada en todos los hospitales de Andalucía desde hace unos años, resultando los datos totalmente fiables a partir de 1995. Es por ello, que nuestra investigación abarca desde este año hasta 2004, año en que la recogida y purga de la información se ha completado.

Nuestro grupo de investigación solicitó a los SS.CC. del S.A.S., donde se centraliza la información procedente de todos los hospitales, la información necesaria para el desarrollo de este estudio, disponiendo en la actualidad de una base de datos de aproximadamente 99.444 registros, cada uno de los cuales supone un alta y por ende un ingreso hospitalario.

Tipo de estudio

Las series temporales son muy usadas en los análisis estadísticos propios de la economía, pero hasta ahora han sido poco usadas en Epidemiología y Medicina (5,6)

El análisis estadístico analítico propuesto para este estudio consiste en una regresión lineal de la evolución de los porcentajes de pacientes ingresados a través de la secuencia temporal (1995-2004 10 años), cuya finalidad es obtener la recta de ajuste o línea de tendencia, que marca la evolución a lo largo de los años.

Limitaciones del estudio

En el diseño actual se recogen pacientes que al menos reciban un diagnóstico de trastorno de personalidad, obviando el resto de categorías diagnósticas o el solapamiento que puede existir dentro de los trastorno de personalidad. Esto nos ha permitido analizar cada subtipo por separado y medir la evolución temporal para cada categoría diagnóstica.

Disponemos ya de datos de comorbilidad en poblaciones seleccionadas, en las que evaluamos la coexistencia entre Trastorno Bipolar y Trastorno Límite de Personalidad en pacientes jóvenes hospitalizados (15). La asociación entre diagnósticos de Trastornos de Personalidad con otras patologías, tanto psiquiátricas como del resto de enfermedades médicas en nuestro medio, constituye en sí mismo un desafío para futuras investigaciones sobre el tema.

RESULTADOS

En la siguiente gráfica (Gráfica 1) se representa el modelo de la serie temporal tras analizar los 10 años de ingresos de pacientes con al menos un diagnóstico de Trastorno de Personalidad

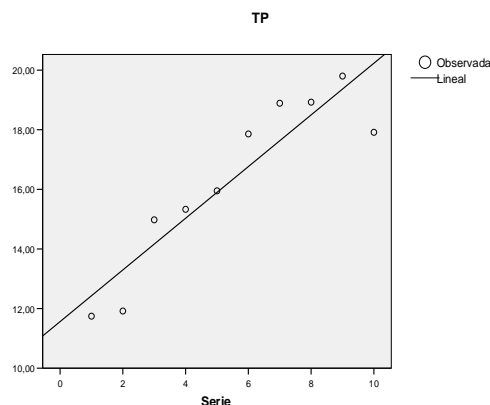


Gráfico 1. Serie temporal de 10 años de la evolución de los diagnósticos de Trastornos de personalidad en población hospitalizada

Este modelo nos representa la tendencia al crecimiento experimentada en los trastornos de personalidad con respecto al global de diagnósticos.

Podemos observar que la tendencia es creciente y que este crecimiento se ajusta bastante a la línea de tendencia (pendiente $B=0,086$), con un modelo estadísticamente significativo ($p=0,00$).

En este modelo lineal se aprecia la tendencia al incremento de pacientes hospitalizados diagnosticados de Trastorno de Personalidad en los años estudiados.

Según el crecimiento estimado de cada subtipo diagnóstico de Trastornos de Personalidad, pueden clasificarse de la siguiente manera, si la pendiente es positiva, igual a 0 o negativa:

CRECIMIMIENTO POSITIVO:

Trastorno Límite de Personalidad ($B=0,84$)
Trastorno Narcisista de Personalidad ($B=0,62$)
Trastorno Dependiente de Personalidad ($B=0,19$)
Trastorno Ansioso-Evitativo de Personalidad ($B=0,13$)

ESTABLES

Trastorno de Personalidad sin especificar ($B=0$)
Trastorno Antisocial de Personalidad ($B=0$)
Trastorno Esquizoide de Personalidad ($B=0$)
Trastorno Obsesivo-Compulsivo de Personalidad ($B=0$)

CRECIMIENTO NEGATIVO

Trastorno Paranoide de Personalidad ($B=-0,33$)
Trastorno Histriónico de Personalidad ($B=-0,25$)
Trastorno Esquizotípico de Personalidad ($B=-0,1$)

DISCUSIÓN

Según este análisis crece en gran medida el Trastorno Límite de la Personalidad y el Narcisista, y con una pequeña pendiente el Trastorno Evitativo y el Dependiente.

El trastorno límite se configura como el diagnóstico de mayor riesgo por un aumento en la incidencia que desborda cualquier previsión previa, aparte de presentar una línea de tendencia que estima que este crecimiento se mantendrá.

Por otro lado, el ingreso de pacientes con este diagnóstico en Unidades de Hospitalización se ha relacionado con la aparición de complicaciones tan graves como pueden ser el suicidio, aumentando las cifras de prevalencia del mismo al alta y relacionándose un aumento en las conductas parasuicidas y mimetización de conductas de riesgo (7-9).

El trastorno narcisista de personalidad es un trastorno de personalidad caracterizado por existir un patrón de grandiosidad, fantasías de éxito, tienen necesidad de admiración y falta de empatía (10).

Su porcentaje es escaso, aunque existe una tendencia al crecimiento. El solapamiento en los criterios diagnósticos con otros trastornos del Cluster B (11) podría explicar esta tendencia.

El trastorno dependiente aparece en individuos tienen una necesidad general y excesiva de que se ocupen de ellos (comportamiento de sumisión o adhesión), además de un gran temor de separación.

Estas características están sujetas a un fuerte matiz cultural y social (13), por lo que factores ambientales de nuestro medio podrían explicar este crecimiento.

En segundo lugar el análisis de las tendencias señala que los diagnósticos de trastornos de personalidad que mantienen un patrón estable a lo largo del periodo índice son Trastorno Antisocial de Personalidad, el Trastorno Esquizoide de Personalidad, el Trastorno Obsesivo-Compulsivo de Personalidad, y el más estable de todos que sería el Trastorno de Personalidad sin especificar

El trastorno ansioso-evitativo es un trastorno de personalidad cuya principal característica es un patrón general de inhibición social, sentimientos de inadecuación y una hipersensibilidad a la evaluación negativa, con comienzo a principio de la edad adulta y que se da en diversos contextos.

Estos rasgos pueden también presentarse en sujetos sin que lleguen a constituir un trastorno; debido a que sólo se constituyen como trastorno cuando son inflexibles, desadaptativos y persistentes; además de cuando ocasionan

deterioro funcional o malestar subjetivo. Además se ha demostrado un espectro de continuidad con la fobia social, diagnóstico también emergente en los últimos años (12).

En segundo lugar el análisis de las tendencias señala que los diagnósticos de trastornos de personalidad que mantienen un patrón estable a lo largo del periodo índice son Trastorno Antisocial de Personalidad, el Trastorno Esquizoide de Personalidad, el Trastorno Obsesivo-Compulsivo de Personalidad, y el más estable de todos que sería el Trastorno de Personalidad sin especificar

El **trastorno antisocial** de personalidad reproduce un patrón de conducta antisocial continua y crónica, en la que se violan los derechos de los demás. Los criterios diagnósticos, aunque distintos en ambas clasificaciones internacionales (DSM y CIE) (14), derivan de la concepción clásica ya descrita por Kurt Schneider (15) de personalidad psicopática, más concretamente, y dentro de la clasificación que hizo de las mismas, del subtipo desalmado. Está descrito como individuos carentes de compasión, de vergüenza, de pundonor, de arrepentimiento, de conciencia moral; en su modo de ser, muchas veces hoscos, fríos, gruñones; en sus actos, asociales, brutales.

Esta concepción tan bien definida en la literatura clásica, pero no así en las clasificaciones modernas, parece que representa un patrón fijo, inflexible y socialmente desadaptado esperable dentro de un diagnóstico de trastorno de personalidad, evidenciándose en el estudio que además existe un comportamiento similar a lo largo del período estudiado, donde se mantienen estables las cifras de hospitalización.

El **trastorno esquizoide** se caracteriza por un gran distanciamiento de las relaciones sociales y una restricción de la expresión emocional (16).

Se sitúa próximo a trastornos generalizados del desarrollo e incluso según algunos autores dentro del espectro autista. La cronicidad y estabilidad de estos trastornos a lo largo del tiempo se podría corresponder a la observada en la serie temporal.

El **trastorno obsesivo-compulsivo** de personalidad se define por preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental, a expensas de la flexibilidad y la espontaneidad. Este patrón de comportamiento comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos.

Los sujetos con este trastorno intentan mantener la sensación de control, mediante una gran atención a las reglas, los detalles, los protocolos, las formalidades,... hasta incluso la pérdida de vista del principal objetivo de la actividad. Son demasiado cuidadosos y muy propensos a las repeticiones, sobre todo para comprobar los posibles errores (17).

Los criterios DSM-IV y CIE-10 definen en líneas generales el mismo trastorno; sin embargo, en la clasificación CIE-10 esta entidad está recogida con el nombre de trastorno anancástico de la personalidad.

Al igual que el trastorno antisocial de personalidad, este trastorno está exquisitamente descrito en la literatura clásica, en el caso clínico comentado por Sigmund Freud " El Hombre de las ratas", (18) en el que el sujeto muestra su ambivalencia respecto a la superstición. El obsesivo suele ser lo suficientemente inteligente como para desechar todas las supersticiones populares, pero vive preso de sus propias reglas absurdas. Se describe la parálisis de la voluntad, en personas que dilatan al máximo dar solución a sus problemas .

Y de igual forma, la serie temporal recoge una evolución lineal y un patrón que, a pesar de las variaciones interanuales, se mantiene relativamente estable.

La categoría de **Trastorno de la personalidad sin especificar** queda descrita como último recurso, si se asume la presencia de un trastorno de la personalidad y del comportamiento en un adulto, pero se carece de información que permita su diagnóstico en una categoría específica .

Sin embargo, este diagnóstico lleva asociado un peor pronóstico que aquellas categorías en las que sí se especifica el subtipo (19).

En la evolución diagnóstica, de manera paradójica aunque consecuente con lo publicado hasta el momento, aparece como una categoría diagnóstica estable a lo largo del tiempo.

En tercer lugar cabe destacar las categorías diagnósticas que experimentan un crecimiento negativo, que son el Trastorno Histriónico de Personalidad, el Trastorno Paranoide de Personalidad y el Trastorno Esquizotípico de Personalidad.

El **Trastorno Histriónico de Personalidad** se presenta como una emocionalidad excesiva y gran tendencia a llamar la atención de los demás por medio de una conducta llamativa y espectacular. Buscan constantemente o exigen el elogio, apoyo y aprobación de los demás. Su comportamiento suele ser seductor, se preocupan de tener un buen aspecto físico para gustar a los demás y buscan ser siempre el centro de atención.

Esta categoría tiende a descender en la evolución temporal, a su misma vez recientemente ha quedado cuestionado el constructo mediante un estudio psicométrico (20). Éste evidencia que pacientes con diagnóstico de Trastorno Histriónico de personalidad presentaban más características de Trastorno Límite de personalidad que de su propia categoría.

A su misma vez este estudio corrobora nuestra hipótesis previa, que demostraba un trasvase diagnóstico desde la categoría de Trastorno Histriónico de Personalidad hacia la de Trastorno Límite (21).

El **Trastorno Paranoide de Personalidad** se desarrolla como patrón de desconfianza y suspicacia general hacia los otros, de tal forma que las intenciones de los demás son interpretadas como maliciosas. Suele comenzar al principio de la edad adulta y en diversos contextos.

Las publicaciones sobre el tema se centran en aspectos psicodinámicos o de relación, no correspondiéndose con la extensa literatura que existe para otros trastornos, como el límite (22). Esta falta de interés en su estudio se podría relacionar con su uso cada vez menor.

El **Trastorno Esquizotípico de Personalidad** se desarrolla como un déficit social e interpersonal caracterizado por un malestar agudo y una capacidad reducida para las relaciones personales, así como distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades en el comportamiento. Suele comenzar al principio de la edad adulta y se observa en distintos contextos.

La CIE-10 no considera esta alteración como un verdadero trastorno de la personalidad, sino que lo incluye dentro de la sección donde también están la esquizofrenia, el trastorno esquizotípico y el trastorno delirante. Contemplando esta consideración en nuestro estudio, el número de pacientes diagnosticados de Trastorno Esquizotípico de Personalidad tiende a disminuir, con un posible trasvase a otras categorías dentro de las psicosis crónicas.

Este análisis de las tendencias de uso diagnóstico podría servir para marcar el rumbo de futuras clasificaciones diagnósticas, con el fin de que tengan la máxima validez para su uso cotidiano en la clínica.

BIBLIOGRAFIA

1. DSM IV-TR, Breviario, Criterios diagnósticos. Masson, Barcelona, 2003
2. CIE 10, Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Meditor, Madrid, 1992
3. Widiger TA, Samuel DB.
Evidence-based assessment of personality disorders.
Psychol Assess. 2005 Sep;17(3):278-87
4. Siever LJ.
Endophenotypes in the personality disorders.
Dialogues Clin Neurosci. 2005;7(2):139-51
5. 67.Rios M, Garcia JM, Cubedo M, Pérez D.
Análisis de series temporales en la epidemiología de la fiebre tifoidea
Med Clin 1996; 106:686-9
6. Kis M
Analysis of the time series for some causes of death
Stud Health Technol Inform 2002 ; 90:439-43
7. Oldham JM.
Borderline personality disorder and suicidality.
Am J Psychiatry. 2006 Jan;163(1):20-6
8. Torgensen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorder in a community sample. Arch Gen Psychiatry 2001; 58: 590-96
9. Swartz MS, Blazer D, George L, Winfield I. Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. J Personal Disord 1990; 4 :257-72.
10. Cain NM, Pincus AL, Ansell EB.
Narcissism at the crossroads: phenotypic description of pathological narcissism across clinical theory, social/personality psychology, and psychiatric diagnosis.
Clin Psychol Rev. 2008 Apr;28(4):638-56

11. Ogrodniczuk JS, Piper WE, Joyce AS, Steinberg PI, Duggal S.
Interpersonal problems associated with narcissism among psychiatric outpatients.
J Psychiatr Res. 2009 Jun;43(9):837-42
12. Reich J.
Avoidant personality disorder and its relationship to social phobia.
Curr Psychiatry Rep. 2009 Feb;11(1):89-93
13. Chen Y, Nettles ME, Chen SW.
Rethinking dependent personality disorder: comparing different human relatedness in cultural contexts.
J Nerv Ment Dis. 2009 Nov;197(11):793-800
14. Ottosson H, Ekselius L, Grann M, Kullgren G.
Cross-system concordance of personality disorder diagnoses of DSM-IV and diagnostic criteria for research of ICD-10.
J Pers Disord. 2002 Jun;16(3):283-92
15. Schnider K
Las personalidades psicopáticas 8ª ed.
Ediciones Morata S. L. 1980
16. Kosson DS, Blackburn R, Byrnes KA, Park S, Logan C, Donnelly JP
Assessing interpersonal aspects of schizoid personality disorder: preliminary validation studies.
J Pers Assess. 2008 Mar;90(2):185-9
16. Jones GS.
Autistic spectrum disorder: diagnostic difficulties.
Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids. 2000 Jul-Aug;63(1-2):33-6
17. Calvo R, Lázaro L, Castro-Fornieles J, Font E, Moreno E, Toro J
Obsessive-compulsive personality disorder traits and personality dimensions in parents of children with obsessive-compulsive disorder.
Eur Psychiatry. 2009 Apr;24(3):201-6. Epub 2008 Dec 31.
18. S. Freud
El hombre de las ratas, Obras Completas de Freud Vol X
Ed. Amorrortu. Buenos Aires, 2002
19. Johnson JG, First MB, Cohen P, Skodol AE, Kasen S, Brook JS.
Adverse outcomes associated with personality disorder not otherwise specified in a community sample.
Am J Psychiatry. 2005 Oct;162(10):1926-32
20. Blagov PS, Westen D.
Questioning the coherence of histrionic personality disorder: borderline and hysterical personality subtypes in adults and adolescents.
J Nerv Ment Dis. 2008 Nov;196(11):785-97.
21. Pena-Andreu JM, Fontalba A, Carrera M, Martinez JL, Rodriguez MI.
Refining the personality disorder diagnosis.
Am J Psychiatry. 2005 May;162(5):1030-1
22. Salvatore G, Nicolò G, Dimaggio G.
Impoverished dialogical relationship patterns in paranoid personality disorder.
Am J Psychother. 2005;59(3):247-65.

DIAGNOSTIC EVOLUTION IN PERSONALITY DISORDERS: TEN YEARS-TIME SERIES

INTRODUCTION

Personality Disorders are a permanent and inflexible patterns of inner experience and behavior that deviates markedly from the expectations of the individual's culture, it begins in adolescence or early adulthood, is stable over time and involves discomfort or prejudice to the subject (1).

These features, continues to ICD-10 (2), represent extreme deviations, or at least significant, as the normal individual as a culture perceives, thinks, feels and, particularly, relates to others or must depart markedly cultural expectations or rules, according to the DSM-IV. The latter classification also indicates that the deviation should be demonstrated in more than one of the following areas: cognitive, affective, impulse control, need for gratification and a way of relating to others.

These types of forms of behavior disorders include durable and deeply rooted in the patient, manifested as stable patterns of responses to a broad spectrum of individual and social situations. Represent extreme deviations, or at least significant, of how the normal individual of a given culture perceives, thinks, feels and, particularly, relates to others. These forms of behavior tend to be stable and to encompass multiple aspects of psychological and behavioral functions. Often accompanied by varying degrees of subjective stress and social adjustment difficulties. (3-4)

By the analytical study using linear regression according to the course of 10 years, we can estimate the trend in the use of the diagnosis of personality disorders in hospitalized population, as well as its subtypes, in an attempt to reflect the use of international classifications along a time series.

OBJECTIVES:

-To analyze the evolution of the diagnostic use of the Personality Disorders and its subtypes in a population hospitalized in a series of 10 years

-To stablis a model of growth through time series analysis.

METHODOLOGY, DESIGN AND DEVELOPMENT STUDY

Study population.

We studied the total population of patients admitted to acute psychiatric units in general hospitals existing SAS in the whole autonomous region with a diagnosis of Personality Disorder (Algeciras, Baza, Carlos Haya, Gener. Huelva, Huerca Overa, Jerez Front., Princess Spain, Puerto Real, Reina Sofia, Torrecárdenas, Ubeda, Univer. Granada University. Malaga, V. Macarena, V. Nieves, V. Rocio and Valme) during the period between 1995 and 2004.

Information Source

The data were drawn from the Minimum Basic Data Set (MDS) of Andalusia. This is a collection of hospital information comprising a set of variables obtained at discharge, administrative, clinical and demographic.

The collection of MDS is fully implemented in all hospitals in Andalusia in recent years, resulting in fully reliable data from 1995. This is why our research ranges from this year until 2004, when the collection and purging of information has been completed.

Our research group asked the SS.CC. SAS, which centralizes information from all hospitals, the information necessary for the development of this study, currently having a database of approximately 99,444 records, each of which is a high and therefore a hospitalization.

Type of study

The time series analysis are widely used in the statistical analysis of the economy, but so far have been little used in Epidemiology and Medicine (5.6)

The proposed analytical statistical analysis for this study consists of a linear regression of the variation in percentage of patients admitted through the time sequence (1995-2004 10 years), whose purpose is to obtain the line of fit or trend line, which marks the evolution over the years.

Study Limitations

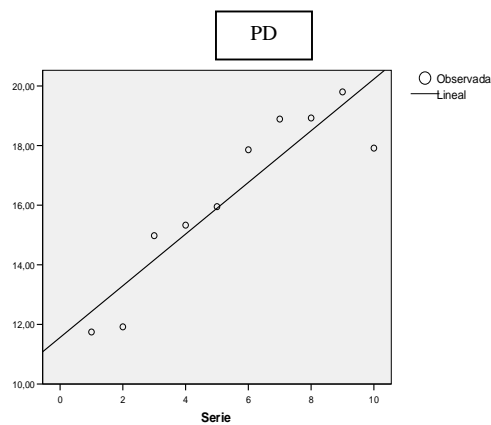
In the current design there were patients that receive a diagnosis of personality disorder, disregarding the other diagnostic categories or overlap that can exist within the personality disorder. This allowed us to examine each subtype separately and measure the time course for each diagnostic category.

We already have comorbidity data in selected populations, in which we evaluate the coexistence of Bipolar Disorder and Borderline Personality Disorder in young patients hospitalized (15). The association between diagnosis of personality disorders with other conditions, both psychiatric and other medical conditions of our environment, constitutes a challenge for future research on the subject.

RESULTS

The following graph (Figure 1) shows the time series model after analyzing 10 years of admissions of patients with at least one diagnosis of personality disorder

Figure 1. Evolution of ten years time series in the diagnosis of personality disorders in hospitalized population



This model represents the growth in personality disorders with respect to the global diagnostics.

We note that the trend is increasing and this increase follows more closely the trend line (slope $B = 0.86$), with a statistically significant model ($p = 0.00$).

In this linear model shows the increasing trend of hospitalized patients diagnosed with personality disorder in the years studied.

According to the estimated growth of each subtype diagnosis of personality disorders can be classified as follows, if the slope is positive, equal to 0 or negative:

POSITIVE GROWTH:

Borderline Personality Disorder	($B = 0.84$)
Narcissistic Personality Disorders	($B = 0.62$)
Dependent Personality Disorder	($B = 0.19$)
Anxious-Avoidant Disorder Personality	($B = 0.13$)

STABLE

Personality disorder unspecified	($B = 0$)
Antisocial Personality Disorder	($B = 0$)
Schizoid Personality Disorder	($B = 0$)
Obsessive-Compulsive Personality Disorder	($B = 0$)

NEGATIVE GROWTH

Paranoid Personality Disorder	($B = -0.33$)
Histrionic personality disorder	($B = -0.25$)
Schizotypal Personality Disorder	($B = -0.1$)

DISCUSSION

According to this analysis, there is a great increase in Borderline and Narcissistic PD and smaller in Avoidant and Dependent PD.

The boundary condition is set as the diagnosis of increased risk for an increase in incidence beyond any previous forecast, apart from presenting a trend line is estimated that this growth will continue.

On the other hand, the inpatients with this diagnosis in acute units has been associated with the occurrence of such serious complications such as suicide, increasing prevalence rates of the high and relating to an increase in parasuicidal behaviors and camouflaging risk behaviors (7-9).

Narcissistic personality disorder is characterized by absence of a pattern of grandiosity, fantasies of success, need for admiration and lack of empathy (10).

Their percentage is low, although there is an increasing trend. The overlap in diagnostic criteria for other disorders of Cluster B (11) could explain this trend.

The disorder appears in dependent individuals have a pervasive and excessive need to be taken care of them (submissive behavior or accession), and a great fear of separation.

These features are subject to strong cultural and social nuance (13), so environmental factors could explain this growth.

Secondly, the trend analysis indicates that personality disorder diagnoses maintaining a stable pattern over the period index is Antisocial Personality Disorder, Schizoid Personality Disorder, Obsessive-Compulsive Personality, and more all that would be stable Personality Disorder Unspecified

Anxious-avoidant disorder is a personality disorder whose main feature is a general pattern of social inhibition, feelings of inadequacy and hypersensitivity to negative evaluation, with onset in early adulthood and present in a variety of contexts.

These traits may also occur in subjects without yet constitute a disorder, because they are as a disorder only when they are inflexible, maladaptive and persistent as well as causing functional impairment or subjective distress. It has also demonstrated a spectrum of continuity with the social phobia diagnosis also emerging in recent years (12).

Secondly, the trend analysis indicates that personality disorder diagnoses maintaining a stable pattern over the period index is Antisocial Personality Disorder, Schizoid Personality Disorder, Obsessive-Compulsive Personality, and more all that would be stable Personality Disorder Unspecified

Antisocial personality disorder played a pattern of continuous and chronic antisocial behavior, which violate the rights of others. The diagnostic criteria, although different in the two classifications (DSM and ICD) (14), derived from the classical conception and described by Kurt Schneider (15), psychopathic personality, specifically, and within the classification that made them, heartless subtype. It is described as individuals without compassion, shame, pride, repentance, conscience, in his nature, often sullen, cold, grumpy, in their actions, asocial, brutal.

This concept is so well defined in classical literature, but not in modern classifications where appears to represent a fixed pattern, inflexible and socially maladjusted expected within a personality disorder diagnosis, evidenced in the study that there is also a behavior similar to throughout the period studied, where the figures are stable in hospital

Schizoid disorder is characterized by a large detachment from social relationships and restricted emotional expression (16).

It is situated next to pervasive developmental disorders and even by some authors within the autistic spectrum. Chronicity and stability of these disorders over time may correspond to the observed time series.

Obsessive-compulsive personality is defined by preoccupation with orderliness, perfectionism and mental control at the expense of flexibility and spontaneity. This pattern begins by early adulthood and present in various contexts.

Individuals with this disorder try to maintain a sense of control, with great attention rules, details, protocols, formalities, ... to even loss of sight of the main objective of the activity. They are too careful and very prone to repetition, especially to check the possible errors (17).

DSM-IV and ICD-10 defined broadly the same disorder, but in the ICD-10 this body is covered with the name of anancastic personality disorder.

As antisocial personality disorder, this disorder is exquisitely described in classical literature, in a case mentioned by Sigmund Freud "The Rat Man" (18) in which the subject shows his ambivalence about superstition. The obsessive is usually smart enough to scrap all popular superstitions, but lives a prisoner of his own absurd rules. Describes the paralysis of will, in people who swell the most to solve their problems.

And similarly, the series includes a linear trend and a pattern that, despite inter-annual variations, is relatively stable.

The category of personality disorder unspecified is described as a last resort, assuming the presence of a personality disorder and behavior in an adult, but there is no information that allows diagnosis in a specific category.

However, this diagnosis is associated with a worse prognosis than other categories in which you specify the subtype (19).

In diagnostic developments, paradoxically but consistent with those published so far, appears as a stable diagnostic category over time.

Thirdly include diagnostic categories experienced negative growth, which are Histrionic Personality Disorder, Paranoid Personality Disorder and Schizotypal Personality Disorder.

The histrionic personality disorder is presented as an excessive emotionality and a great tendency to attract the attention of others through bold and dramatic behavior. They constantly seek or require praise, support and approval of others. Their behavior is usually seductive worry about having a good appearance to please others and seek to be always the center of attention.

This category tends to decrease in the timeseries at the same time recently has been questioned by a psychometric construct (20). This is evidence that patients with histrionic personality disorder had more features in borderline personality disorder than their own category.

At the same time this study corroborates our previous hypothesis, which showed a shift from diagnostic category Histrionic Personality Disorder to the limit (21).

The paranoid personality disorder develops as a pattern of distrust and general suspicion towards others, so that the intentions of others are interpreted as malevolent. It usually starts at the beginning of adulthood and in different contexts.

The literature on the subject focus on psychodynamic or relationship issues, is not corresponding with the extensive literature that exists for other disorders, such as the borderline PD (22). This lack of interest in their study could be related to the decreasing use.

Schizotypal Personality Disorder develops as a social and interpersonal deficits marked by acute discomfort and reduced capacity for personal relationships and cognitive or perceptual distortions and eccentricities of behavior. Usually it start at the beginning of adulthood and it is seen in different contexts.

The ICD-10 does not consider this matter as a true personality disorder, but it is included within the section as schizophrenia, schizotypal and delusional disorder. Looking at this account in our study, the number of patients diagnosed with Schizotypal Personality Disorder tends to decrease, with a possible transfer to other categories in chronic psychosis.

This analysis of trends in diagnostic use could be used to set the course of future diagnostic classifications, so they have a maximum validity for daily use in the clinic.

BIBLIOGRAPHY

1. DSM IV-TR, Breviario, Criterios diagnósticos. Masson, Barcelona, 2003
2. CIE 10, Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Meditor, Madrid, 1992
3. Widiger TA, Samuel DB. Evidence-based assessment of personality disorders. Psychol Assess. 2005 Sep;17(3):278-87
4. Siever LJ. Endophenotypes in the personality disorders. Dialogues Clin Neurosci. 2005;7(2):139-51
5. 67. Ríos M, García JM, Cubedo M, Pérez D. Análisis de series temporales en la epidemiología de la fiebre tifoidea Med Clin 1996; 106:686-9
6. Kis M. Analysis of the time series for some causes of death Stud Health Technol Inform 2002 ; 90:439-43

7. Oldham JM.
Borderline personality disorder and suicidality.
Am J Psychiatry. 2006 Jan;163(1):20-6

8. Torgensen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorder in a community sample. Arch Gen Psychiatry 2001; 58: 590-96

9. Swartz MS, Blazer D, George L, Winfield I. Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. J Personal Disord 1990; 4 :257-72.

10. Cain NM, Pincus AL, Ansell EB.
Narcissism at the crossroads: phenotypic description of pathological narcissism across clinical theory, social/personality psychology, and psychiatric diagnosis.
Clin Psychol Rev. 2008 Apr;28(4):638-56

11. Ogródniczuk JS, Piper WE, Joyce AS, Steinberg PI, Duggal S.
Interpersonal problems associated with narcissism among psychiatric outpatients.
J Psychiatr Res. 2009 Jun;43(9):837-42

12. Reich J.
Avoidant personality disorder and its relationship to social phobia.
Curr Psychiatry Rep. 2009 Feb;11(1):89-93

13. Chen Y, Nettles ME, Chen SW.
Rethinking dependent personality disorder: comparing different human relatedness in cultural contexts.
J Nerv Ment Dis. 2009 Nov;197(11):793-800

14. Ottosson H, Ekselius L, Grann M, Kullgren G.
Cross-system concordance of personality disorder diagnoses of DSM-IV and diagnostic criteria for research of ICD-10.
J Pers Disord. 2002 Jun;16(3):283-92

15. Schnider K
Las personalidades psicopáticas 8ª ed.
Ediciones Morata S. L. 1980

16. Kosson DS, Blackburn R, Byrnes KA, Park S, Logan C, Donnelly JP
Assessing interpersonal aspects of schizoid personality disorder: preliminary validation studies.
J Pers Assess. 2008 Mar;90(2):185-9

16. Jones GS.
Autistic spectrum disorder: diagnostic difficulties.
Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids. 2000 Jul-Aug;63(1-2):33-6

17. Calvo R, Lázaro L, Castro-Fornieles J, Font E, Moreno E, Toro J
Obsessive-compulsive personality disorder traits and personality dimensions in parents of children with obsessive-compulsive disorder.
Eur Psychiatry. 2009 Apr;24(3):201-6. Epub 2008 Dec 31.

18. S. Freud
El hombre de las ratas, Obras Completas de Freud Vol X
Ed. Amorrortu. Buenos Aires, 2002

19. Johnson JG, First MB, Cohen P, Skodol AE, Kasen S, Brook JS.
Adverse outcomes associated with personality disorder not otherwise specified in a community sample.
Am J Psychiatry. 2005 Oct;162(10):1926-32

20. Blagov PS, Westen D.
Questioning the coherence of histrionic personality disorder: borderline and hysterical personality subtypes in adults and adolescents.
J Nerv Ment Dis. 2008 Nov;196(11):785-97.

21. Pena-Andreu JM, Fontalba A, Carrera M, Martínez JL, Rodríguez MI.
Refining the personality disorder diagnosis.
Am J Psychiatry. 2005 May;162(5):1030-1

22. Salvatore G, Nicolò G, Dimaggio G.
Impoverished dialogical relationship patterns in paranoid personality disorder.
Am J Psychother. 2005;59(3):247-65.

INTRODUCCIÓN

Planteamiento del problema. Justificación del estudio.

Se ha despertado en la última década un interés creciente en la comunidad científica sobre los Trastornos de Personalidad. Gracias a esto se ha conseguido un mejor conocimiento del desarrollo de esta patología y se disponen de tratamientos de probada eficacia (1-4).

Además se ha visto reflejado en un crecimiento en la literatura publicada sobre el tema en las bases bibliográficas médicas, no sólo del global de los Trastornos, sino incluso de manera exponencial en algunos subtipos como el Trastorno Límite de la Personalidad (5).

Por otro lado, los estudios epidemiológicos sobre trastornos de personalidad se encuentran en fases precoces de desarrollo. Estos estudios han intentado establecer la prevalencia en áreas geográficas limitadas (6), aunque ya están siendo publicados estudios poblacionales con grandes muestras (7-9).

Un punto en común en todos los estudios es la magnitud de este trastorno (hasta un 14 % en población general) y las graves consecuencias que acarrea en muchos de los casos (10) por lo que es considerado como Trastorno Mental Grave (11,12).

Hasta el momento no se han publicado estudios de esta envergadura e interés epidemiológico en nuestro país ni, mas concretamente, en ninguna comunidad autónoma. Nuestro grupo de investigación ya ha abierto una línea que identifica la magnitud del problema, al confirmar el aumento del número de diagnósticos de Trastornos de Personalidad en todos los hospitales de Andalucía en el período comprendido de 1995 a 2002(13-15).

En el presente estudio existe, en continuación a la línea marcada por nuestros proyectos anteriores *Análisis de los predictores de utilización de las Unidades de Agudos. Andalucía (1995-2002) (SAS 152/2) y Patrones de sobreutilización de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de los Hospitales Generales, financiado por: Fondo de investigaciones Sanitarias. Nº Expediente: PI 05/90061* , un interés

particular en el estudio de poblaciones de pacientes con enfermedad mental que presentan un elevado uso de servicios de hospitalización psiquiátrica. En investigaciones previas entre un 9 y 40% de pacientes hiperfrecuentadores han recibido un diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad (16,17). La significación de estos números se ve magnificada por la severidad y cronicidad de los Trastornos de Personalidad (18-20).

Este proyecto ha sido financiado por la Consejería de Salud de la junta de Andalucía: *Trastornos de Personalidad en la Comunidad Andaluza. Evolución del Diagnóstico y relación con el uso de Servicios Sanitarios - SAS 0372/05*

Capítulo 1

LA HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA EN ANDALUCIA

En el presente estudio existe, en continuación a la línea marcada por nuestros proyectos anteriores *Análisis de los predictores de utilización de las Unidades de Agudos. Andalucía (1995-2002) (SAS 152/2)* y *Patrones de sobreutilización de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de los Hospitales Generales*, Financiado por: Fondo de investigaciones Sanitarias. N° Expediente: **PI 05/9006** un interés particular en el estudio de poblaciones de pacientes con enfermedad mental que presentan un elevado uso de servicios de hospitalización psiquiátrica, como son el grupo de los Trastornos de Personalidad.

En todos los países desarrollados se está implementando una gran transformación del sistema de cuidados para la salud mental hacia la comunidad (21), el papel de los hospitales psiquiátricos se está modificando de una forma muy importante (22) y los programas de tratamiento intrahospitalario se están enfocando hacia la estabilización de los pacientes agudos, dejando la mayor parte de los cuidados terapéuticos a proveedores de servicios sanitarios y sociosanitarios situados en la comunidad, lo cual a su vez tiene, de modo retroactivo, efectos sobre la propia unidad de hospitalización que ha gestionado el alta (23).

En Estados Unidos, la psiquiatría tiene una tradición consolidada de evaluaciones científicas sistemáticas de las estrategias seguidas en los procesos de implantación de los diseños comunitarios; pero en Europa, exceptuando el Reino Unido (24) y algunos países nórdicos, tales como Dinamarca (25) u Holanda (26)(27), entre otros, hay una ausencia casi absoluta de evaluaciones de los resultados obtenidos a lo largo de los procesos de desinstitucionalización psiquiátrica.

El España, el Sistema Nacional de Salud fué establecido en 1986, habiéndose ido produciendo la transferencia de las responsabilidades sanitarias a las 17 Comunidades Autónomas regionales de forma progresiva, y que fué completada en 2002 (28).

La región de Andalucía es la mayor (7,687,518 hab.) comunidad autónoma del Estado Español (29): De acuerdo con la extensión y la población de nuestro territorio, es más grande que la República Checa, el doble de Dinamarca y Holanda, casi el triple que Bélgica, y poco menor que Portugal o Hungría.

El Sistema Sanitario Público de Andalucía es muy homogéneo: En Junio de 1984 el Parlamento de Andalucía aprobó la Ley de creación del Instituto Andaluz de Salud Mental (30) lo que ocasionó una profunda reorganización de los servicios psiquiátricos (31). Como consecuencia de la misma han desaparecido todos los hospitales psiquiátricos de larga estancia (32), estableciéndose un modelo basado en la alternativa comunitaria a la salud mental que ya está totalmente implantada en una nueva red pública de servicios, con dependencia administrativa y funcional única.

Readmisiones en Unidades de Hospitalización Psiquiátrica

Las readmisiones hospitalarias son vistas, por lo general, como un resultado no deseado por cualquier sistema de salud (33), los pacientes hiperfrecuentadores, también llamados “pacientes puerta giratoria” son generadores de un elevado gasto sanitario y sus tasas son buenos indicadores de la calidad del sistema. En cuanto a la calidad de vida del usuario, las repetidas hospitalizaciones crean un marcado sufrimiento a los propios pacientes y a sus familias (34).

Como ya hemos señalado, la implantación de la reforma psiquiátrica en la década de los 90 ha supuesto un proceso de descarga de los hospitales psiquiátricos hacia la comunidad. Y precisamente en relación con la política de desinstitucionalización se ha recogido en la literatura de otros países el aumento en la tasa de reingresos (35) (36). Este crecimiento de las tasas observado en los diferentes estudios tiene implicaciones importantes: Por una parte, llegan a determinar el número de plazas que son necesarias mantener en un programa de planificación asistencial en psiquiatría para recibir las recaídas de los pacientes, y por otra, el aumento de pacientes hiperfrecuentadores sugiere que muchos pacientes no encuentran su ubicación en la comunidad con las prestaciones actuales y utilizan como referencia las unidades de agudos de los hospitales generales.

Partiendo de esta visión global de la hospitalización psiquiátrica en la Comunidad Autónoma Andaluza, el presente estudio pretende profundizar sobre la evolución diagnóstica de los Trastornos de Personalidad y su impacto sobre el uso de dispositivos sanitarios.

Capítulo 2

Trastornos de Personalidad: Clasificación diagnóstica

En la clasificación de las enfermedades mentales en la actualidad imperan dos sistemas clasificatorios a nivel Internacional: La Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento -**CIE 10**-(37), propuesta por la Organización Mundial de la Salud y de uso más extendido en Europa, y la Clasificación de enfermedades mentales de la American Psychiatric Association (APA) **DSM -IV-TR** (38), que predomina en Estados Unidos.

La clasificación de este tipo de trastornos que hacen tanto el DSM-IV como la CIE-10 parte de una perspectiva categorial, cuyo antecedente se encuentra en el modelo clásico de Kurt Schneider , en el sentido de considerar "los trastornos de la personalidad como entidades patológicas individuales y delimitadas entre sí". Es decir, cada trastorno constituye una categoría diagnóstica y se sustenta en alteraciones específicas.

A lo largo de este capítulo se expondrán ambas clasificaciones en los Trastornos de Personalidad junto con los criterios diagnósticos, destacando en el análisis final las diferencias entre ambas.

2.1 CIE 10:

F60-F62 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto

Incluye diversas alteraciones y modos de comportamiento que tienen relevancia clínica por sí mismos, que tienden a ser persistentes y son la expresión de un estilo de vida y de la manera característica que el individuo tiene de relacionarse consigo mismo y con los demás. Algunas de estas alteraciones y modos de comportamiento aparecen en estadios precoces del desarrollo del individuo, como resultado tanto de factores constitucionales como de experiencias vividas, mientras que otros se adquieren más tarde a lo largo de la vida.

Estos tipos de trastornos abarcan formas de comportamiento duraderas y profundamente arraigadas en el enfermo, que se manifiestan como modalidades estables de respuestas a un amplio espectro de situaciones individuales y sociales. Representan desviaciones extremas, o al menos significativas, del modo como el individuo normal de una cultura determinada percibe, piensa, siente y, sobre todo, se relaciona con los demás. Estas formas de comportamiento tienden a ser estables y a abarcar aspectos múltiples de las funciones psicológicas y del comportamiento. Con frecuencia, aunque no siempre, se acompañan de grados variables de tensión subjetiva y de dificultades de adaptación social.

Los trastornos de la personalidad se diferencian de las transformaciones de la personalidad por el momento y el modo de aparición. Son alteraciones del desarrollo que aparecen en la infancia o la adolescencia y persisten en la madurez. No son secundarios a otros trastornos mentales o lesiones cerebrales, a pesar de que pueden preceder a otros trastornos o coexistir con ellos. Por el contrario, la transformación de la personalidad es adquirida, normalmente, durante la vida adulta, como consecuencia de situaciones estresantes graves o prolongadas, de privaciones ambientales extremas, de trastornos psiquiátricos graves o de lesiones o enfermedades cerebrales

En las manifestaciones de las anomalías de la personalidad, las diferencias culturales o regionales son importantes, pero son aún escasos los conocimientos específicos en este área. Los problemas de personalidad que se presentan con una frecuencia especial en una determinada parte del mundo, pero que no corresponden a ninguno de los subtipos que se especifican a continuación, pueden clasificarse como "otros" trastornos de la personalidad e identificarse mediante un quinto carácter en el código correspondiente de una posible adaptación de la CIE-10 para esa región o país en particular. Las diferencias locales de las manifestaciones de un trastorno de personalidad pueden reflejarse también en la redacción de las descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico del trastorno correspondiente.

F60 Trastornos específicos de la personalidad

Incluye trastornos graves del carácter constitutivo y de las tendencias comportamentales del individuo, que normalmente afectan a varios aspectos de la personalidad y que casi siempre se acompañan de alteraciones personales y sociales considerables. Los trastornos de la personalidad tienden a presentarse en la infancia y adolescencia y a persistir durante la edad adulta. Por ello es probable que un diagnóstico de trastorno de personalidad sea adecuado antes de los 16 ó 17 años. A continuación se presentan las pautas generales de diagnóstico correspondientes a todos los trastornos de la personalidad. El resto de las características complementarias se especifican en cada uno de los subtipos.

Pautas para el diagnóstico

Se requiere la presencia de una alteración de la personalidad no directamente atribuible a una lesión o enfermedad cerebral importante, o a otros trastornos psiquiátricos, que reúna las siguientes pautas:

- a) Actitudes y comportamiento marcadamente faltos de armonía, que afectan por lo general a varios aspectos de la personalidad, por ejemplo, a la afectividad, a la excitabilidad, al control de los impulsos, a las formas de percibir y de pensar y al estilo de relacionarse con los demás.
- b) La forma de comportamiento anormal es duradera, de larga evolución y no se limita a episodios concretos de enfermedad mental.
- c) La forma de comportamiento anormal es generalizada y claramente desadaptativa para un conjunto amplio de situaciones individuales y sociales.
- d) Las manifestaciones anteriores aparecen siempre durante la infancia o la adolescencia y persisten en la madurez.
- e) El trastorno conlleva un considerable malestar personal, aunque éste puede también aparecer sólo en etapas avanzadas de su evolución.
- f) El trastorno se acompaña, por lo general aunque no siempre, de un deterioro significativo del rendimiento profesional y social. Para diagnosticar la mayoría de los tipos citados más abajo, se requiere a menudo la presencia de al menos tres de los rasgos o formas de comportamiento que aparecen en su descripción.

F60.0 Trastorno paranoide de la personalidad

Es un trastorno de personalidad caracterizado por:

- a) Sensibilidad excesiva a los contratiempos y desaires.
- b) Incapacidad para perdonar agravios o perjuicios y predisposición a rencores persistentes.
- c) Susplicacia y tendencia generalizada a distorsionar las experiencias propias interpretando las manifestaciones neutrales o amistosas de los demás como hostiles o despectivas.
- d) Sentido combativo y tenaz de los propios derechos al margen de la realidad.
- e) Predisposición a los celos patológicos.
- f) Predisposición a sentirse excesivamente importante, puesta de manifestado por una actitud autorreferencial constante.
- g) Preocupación por "conspiraciones" sin fundamento de acontecimientos del entorno inmediato o del mundo en general.

Incluye:

Personalidad expansiva.

Personalidad paranoide.

Personalidad sensitiva paranoide.

Personalidad querulante.

Trastorno expansivo de la personalidad.

Trastorno sensitivo paranoide de la personalidad.

Trastorno querulante de la personalidad.

Excluye:

Esquizofrenia (F20.-).

Trastorno de ideas delirantes (F22.-).

F60.1 Trastorno esquizoide de la personalidad

Se trata de un trastorno de la personalidad caracterizado por:

- a) Incapacidad para sentir placer (anhedonia).
- b) Frialdad emocional, despego o embotamiento afectivo.
- c) Incapacidad para expresar sentimientos de simpatía y ternura o de ira a los demás.
- d) Respuesta pobre a los elogios o las críticas.
- e) Poco interés por relaciones sexuales con otras personas (teniendo en cuenta la edad).
- f) Actividades solitarias acompañadas de una actitud de reserva.
- g) Marcada preferencia por devaneos fantásticos, por actividades solitarias acompañada de una actitud de reserva y de introspección.
- h) Ausencia de relaciones personales íntimas y de mutua confianza, las que se limitan a una sola persona o el deseo de poder tenerlas.
- i) Marcada dificultad para reconocer y cumplir las normas sociales, lo que da lugar a un comportamiento excéntrico.

Excluye:

Esquizofrenia (F20.-).

Trastorno esquizotípico (F21).

Síndrome de Asperger (F84.5).

Trastorno de ideas delirantes (F22.0).

Trastorno esquizoide de la infancia (F84.5).

F60.2 Trastorno disocial de la personalidad

Se trata de un trastorno de personalidad que, normalmente, llama la atención debido a la gran disparidad entre las normas sociales prevalecientes y su comportamiento; está caracterizado por:

- a) Cruel despreocupación por los sentimientos de los demás y falta de capacidad de empatía.
- b) Actitud marcada y persistente de irresponsabilidad y despreocupación por las normas, reglas y obligaciones sociales.
- c) Incapacidad para mantener relaciones personales duraderas.
- d) Muy baja tolerancia a la frustración o bajo umbral para descargas de agresividad, dando incluso lugar a un comportamiento violento.
- e) Incapacidad para sentir culpa y para aprender de la experiencia, en particular del castigo.
- f) Marcada predisposición a culpar a los demás o a ofrecer racionalizaciones verosímiles del comportamiento conflictivo.

Puede presentarse también irritabilidad persistente. La presencia de un trastorno disocial durante la infancia y adolescencia puede apoyar el diagnóstico, aunque no tiene por qué haberse presentado siempre.

Incluye:

- Trastorno de personalidad sociopática.
- Trastorno de personalidad amoral.
- Trastorno de personalidad asocial.
- Trastorno de personalidad antisocial.
- Trastorno de personalidad psicopática.

Excluye:

- Trastornos disociales (F91.-).
- Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad (F60.3).

F60.3 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad

Trastorno de personalidad en el que existe una marcada predisposición a actuar de un modo impulsivo sin tener en cuenta las consecuencias, junto a un ánimo inestable y caprichoso. La capacidad de planificación es mínima y es frecuente que intensos arrebatos de ira conduzcan a actitudes violentas o a manifestaciones explosivas; éstas son fácilmente provocadas al recibir críticas o al ser frustrados en sus actos impulsivos. Se diferencian dos variantes de este trastorno de personalidad que comparten estos aspectos generales de impulsividad y falta de control de sí mismo.

F60.30 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo

Las características predominantes son la inestabilidad emocional y la ausencia de control de impulsos. Son frecuentes las explosiones de violencia o un comportamiento amenazante, en especial ante las críticas de terceros.

Incluye:

Personalidad explosiva y agresiva.

Trastorno explosivo y agresivo de la personalidad.

Excluye:

Trastorno disocial de la personalidad (F60.2).

F60.31 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite

Se presentan varias de las características de inestabilidad emocional. Además, la imagen de sí mismo, los objetivos y preferencias internas (incluyendo las sexuales) a menudo son confusas o están alteradas. La facilidad para verse implicado en relaciones intensas e inestables puede causar crisis emocionales repetidas y acompañarse de una sucesión de amenazas suicidas o de actos autoagresivos (aunque éstos pueden presentarse también sin claros factores precipitantes).

Incluye:

Personalidad "borderline".

Trastorno "borderline" de la personalidad.

F60.4 Trastorno histriónico de la personalidad

Se trata de un trastorno de la personalidad caracterizado por:

- a) Tendencia a la representación de un papel, teatralidad y expresión exagerada de las emociones.
- b) Sugestibilidad y facilidad para dejarse influir por los demás.
- c) Afectividad lábil y superficial.
- d) Búsqueda imperiosa de emociones y desarrollo de actividades en las que ser el centro de atención.
- e) Comportamiento y aspecto marcados por un deseo inapropiado de seducir.
- f) Preocupación excesiva por el aspecto físico.

Pueden presentarse además: egocentrismo, indulgencia para sí mismo, anhelo de ser apreciado, sentimientos de ser fácilmente heridos y conducta manipulativa constante para satisfacer las propias necesidades.

Incluye:

Personalidad psicoinfantil e histérica.

Trastorno psicoinfantil e histérico de la personalidad.

F60.5 Trastorno anancástico de la personalidad

Se trata de un trastorno de la personalidad caracterizado por:

- a) Falta de decisión, dudas y precauciones excesivas, que reflejan una profunda inseguridad personal.
- b) Preocupación excesiva por detalles, reglas, listas, orden, organización y horarios.
- c) Perfeccionismo, que interfiere con la actividad práctica.
- d) Rectitud y escrupulosidad excesivas junto con preocupación injustificada por el rendimiento, hasta el extremo de renunciar a actividades placenteras y a relaciones personales.
- e) Pedantería y convencionalismo con una capacidad limitada para expresar emociones.
- f) Rigidez y obstinación.
- g) Insistencia poco razonable en que los demás se sometan a la propia rutina y resistencia también poco razonable a dejar a los demás hacer lo que tienen que hacer.
- h) La irrupción no deseada e insistente de pensamientos o impulsos.

Incluye:

Personalidad compulsiva.

Personalidad obsesiva.

Trastorno compulsivo de la personalidad.

Trastorno obsesivo de la personalidad.

Excluye:

Trastorno obsesivo-compulsivo (F42.-).

F60.6 Trastorno ansioso (con conducta de evitación) de la personalidad

Se trata de un trastorno de la personalidad caracterizado por:

- a) Sentimientos constantes y profundos de tensión emocional y temor.
- b) Preocupación por ser un fracasado, sin atractivo personal o por ser inferior a los demás.
- c) Preocupación excesiva por ser criticado o rechazado en sociedad.
- d) Resistencia a entablar relaciones personales si no es con la seguridad de ser aceptado.
- e) Restricción del estilo de vida debido a la necesidad de tener una seguridad física.
- f) Evitación de actividades sociales o laborales que impliquen contactos personales íntimos, por el miedo a la crítica, reprobación o rechazo.

Puede presentarse también una hipersensibilidad al rechazo y a la crítica.

F60.7 Trastorno dependiente de la personalidad

Se trata de un trastorno de la personalidad caracterizado por:

- a) Fomentar o permitir que otras personas asuman responsabilidades importantes de la propia vida.
- b) Subordinación de las necesidades propias a las de aquellos de los que se depende; sumisión excesiva a sus deseos.
- c) Resistencia a hacer peticiones, incluso las más razonables, a las personas de las que se depende.
- d) Sentimientos de malestar o abandono al encontrarse solo, debido a miedos exagerados a ser capaz de cuidar de sí mismo.
- e) Temor a ser abandonado por una persona con la que se tiene una relación estrecha y temor a ser dejado a su propio cuidado.
- f) Capacidad limitada para tomar decisiones cotidianas sin el consejo o seguridad de los demás.

Puede presentarse además la percepción de sí mismo como inútil, incompetente y falta de resistencia.

Incluye:

Personalidad asténica.

Personalidad inadecuada.

Personalidad pasiva.

Personalidad derrotista.

Trastorno asténico de la personalidad.

Trastorno inadecuado de la personalidad.

Trastorno pasivo de la personalidad.

Trastorno derrotista asténico de la personalidad.

F60.8 Otros trastornos específicos de la personalidad

Se incluyen aquí los trastornos de la personalidad que no satisfacen ninguna de las pautas de los tipos específicos (F60.0-F60.7).

Incluye:

- Personalidad narcisista.
- Personalidad excéntrica.
- Personalidad inestable.
- Personalidad inmadura.
- Personalidad pasivo-agresiva.
- Personalidad psiconeurótica.
- Trastorno narcisista de la personalidad.
- Trastorno excéntrico de la personalidad.
- Trastorno inestable de la personalidad.
- Trastorno inmaduro de la personalidad.
- Trastorno pasivo-agresivo de la personalidad.
- Trastorno psiconeurótico de la personalidad.

F60.9 Trastorno de la personalidad sin especificación

Incluye:

- Neurosis de carácter.
- Personalidad patológica.

2.2. DSM –IV –TR

F60 Trastornos de la personalidad

El DSM-IV es una herramienta de [diagnóstico](#) que propone una descripción del funcionamiento del paciente a través de 5 "ejes", con el objeto de contar con un panorama general de diferentes ámbitos de funcionamiento:

Eje I: Se describe el trastorno o trastornos psiquiátricos principales o sintomatología presente, si no configura ningún trastorno. (Por ejemplo: [trastorno depresivo](#), [demencia](#), [dependencia de sustancias](#), [esquizofrenia](#), [fobia social](#), [fobias específicas](#), [hipocondrías](#), etc.).

Eje II: Se especifica si hay algún trastorno de personalidad en la base (o rasgos de algún trastorno), algún trastorno del desarrollo o retraso mental (por ejemplo, trastorno de personalidad limítrofe, retraso mental moderado, etc.).

Eje III: Se especifican otras afecciones médicas que puede presentar el paciente.

Eje IV: Se describen tensiones psicosociales en la vida del paciente (desempleo, problemas conyugales, duelo, etc.).

Eje V: Se evalúa el funcionamiento global del paciente (psicológico, social y ocupacional), a través de la [EEAG](#) (escala de funcionamiento global)

Los trastornos de personalidad quedan encuadrados en el Eje II de la clasificación.

Tal como lo define el capítulo 16 del DSM-IV-TR, "un trastorno de personalidad es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o prejuicios para el sujeto".

El DSM-IV define los rasgos de personalidad como "patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales". El trastorno de la personalidad se da cuando estos rasgos, que son egosintónicos (es decir, la persona se siente bien como es, o en todo caso percibe su sufrimiento emocional como algo inevitable, sin relación alguna consigo mismo, con su manera de ser y comportarse), se hacen inflexibles y desadaptativos (hacia el final de la adolescencia se consolidan de forma permanente y estable), y cuando causan un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo.

En el DSM-IV, se distinguen diez tipos de trastornos de personalidad, reunidos en tres grupos, por las similitudes de sus características:

A. Raros o excéntricos:

paranoide (desconfianza excesiva o injustificada, suspicacia, hipersensibilidad y restricción afectiva)

esquizoide (dificultad para establecer relaciones sociales, ausencia de sentimientos cálidos y tiernos, indiferencia a la aprobación o crítica)

esquizotípico (anormalidades de la percepción, del pensamiento, del lenguaje y de la conducta, que no llegan a reunir los criterios para la esquizofrenia)

►Este grupo de trastornos se caracteriza por un patrón penetrante de cognición (por ej. sospecha), expresión (por ej. lenguaje extraño) y relación con otros (por ej. aislamiento) anormales.

B. Dramáticos, emotivos o inestables:

antisocial (conducta antisocial continua y crónica, en la que se violan los derechos de los demás, se presenta antes de los 15 años y persiste en la edad adulta)

límite (inestabilidad en el estado de ánimo, la identidad, la autoimagen y la conducta interpersonal)

histriónico (conducta teatral, reactiva y expresada intensamente, con relaciones interpersonales marcadas por la superficialidad, el egocentrismo, la hipocresía y la manipulación)

narcisista (sentimientos de importancia y grandiosidad, fantasías de éxito, necesidad exhibicionista de atención y admiración, explotación interpersonal)

►Estos trastornos se caracterizan por un patrón penetrante de violación de las normas sociales (por ej. comportamiento criminal), comportamiento impulsivo, emotividad excesiva y grandiosidad. Presenta con frecuencia acting-out (exteriorización de sus rasgos), llevando a rabietas, comportamiento auto-abusivo y arranques de rabia.

C. Ansiosos o temerosos:

evitativo (hipersensibilidad al rechazo, la humillación o la vergüenza; retraimiento social a pesar del deseo de afecto, y baja autoestima)

dependiente (pasividad para que los demás asuman las responsabilidades y decisiones propias, subordinación e incapacidad para valerse solo, falta de confianza en sí mismo)

obsesivo-compulsivo (perfeccionismo, obstinación, indecisión, excesiva devoción al trabajo y al rendimiento; dificultad para expresar emociones cálidas y tiernas)

►Este grupo se caracteriza por un patrón penetrante de temores anormales, incluyendo relaciones sociales, separación y necesidad de control.

Criterios diagnósticos generales para un trastorno de personalidad

A. Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las áreas siguientes:

1. cognición (p. ej., formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos)
2. afectividad (p. ej., la gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional)
3. actividad interpersonal
4. control de los impulsos

B. Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.

C. Este patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta.

E. El patrón persistente no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental.

F. El patrón persistente no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a una enfermedad médica (p. ej., traumatismo craneal).

Criterios para el diagnóstico de F60.0 Trastorno paranoide de la personalidad (301.0)

A. Desconfianza y suspicacia general desde el inicio de la edad adulta, de forma que las intenciones de los demás son interpretadas como maliciosas, que aparecen en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes puntos:

1. sospecha, sin base suficiente, que los demás se van a aprovechar de ellos, les van a hacer daño o les van a engañar
2. preocupación por dudas no justificadas acerca de la lealtad o la fidelidad de los amigos y socios
3. reticencia a confiar en los demás por temor injustificado a que la información que compartan vaya a ser utilizada en su contra
4. en las observaciones o los hechos más inocentes vislumbra significados ocultos que son degradantes o amenazadores
5. alberga rencores durante mucho tiempo, por ejemplo, no olvida los insultos, injurias o desprecios
6. percibe ataques a su persona o a su reputación que no son aparentes para los demás y está predispuesto a reaccionar con ira o a contraatacar
7. sospecha repetida e injustificadamente que su cónyuge o su pareja le es infiel

B. Estas características no aparecen exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico y no son debidas a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Nota: Si se cumplen los criterios antes del inicio de una esquizofrenia, añadir "premórbido", por ejemplo, "trastorno paranoide de la personalidad (premórbido)".

Criterios para el diagnóstico de F60.1 Trastorno esquizoide de la personalidad (301.20)

A. Un patrón general de distanciamiento de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional en el plano interpersonal, que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes puntos:

1. ni desea ni disfruta de las relaciones personales, incluido el formar parte de una familia
2. escoge casi siempre actividades solitarias
3. tiene escaso o ningún interés en tener experiencias sexuales con otra

persona

4. disfruta con pocas o ninguna actividad

5. no tiene amigos íntimos o personas de confianza, aparte de los familiares de primer grado

6. se muestra indiferente a los halagos o las críticas de los demás

7. muestra frialdad emocional, distanciamiento o aplanamiento de la afectividad

B. Estas características no aparecen exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico y no son debidas a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Nota: Si se cumplen los criterios antes del inicio de una esquizofrenia, añadir "premórbido", por ejemplo, "trastorno esquizoide de la personalidad (premórbido)".

Criterios para el diagnóstico de F21 Trastorno esquizotípico de la personalidad (301.22)

A. Un patrón general de déficit sociales e interpersonales asociados a malestar agudo y una capacidad reducida para las relaciones personales, así como distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes puntos:

1. ideas de referencia (excluidas las ideas delirantes de referencia)
2. creencias raras o pensamiento mágico que influye en el comportamiento y no es consistente con las normas subculturales (p. ej., superstición, creer en la clarividencia, telepatía o "sexto sentido"; en niños y adolescentes, fantasías o preocupaciones extrañas)
3. experiencias perceptivas inhabituales, incluidas las ilusiones corporales
4. pensamiento y lenguaje raros (p. ej., vago, circunstancial, metafórico, sobreelaborado o estereotipado)
5. suspicacia o ideación paranoide
6. afectividad inapropiada o restringida
7. comportamiento o apariencia raros, excéntricos o peculiares
8. falta de amigos íntimos o desconfianza aparte de los familiares de primer grado
9. ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiarización y que tiende a asociarse con los temores paranoides más que con juicios negativos sobre uno mismo

B. Estas características no aparecen exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico o de un trastorno generalizado del desarrollo.

Nota: Si se cumplen los criterios antes del inicio de una esquizofrenia, añadir "premórbido", por ejemplo, "Trastorno esquizotípico de la personalidad (premórbido)".

Criterios para el diagnóstico de F60.2 Trastorno antisocial de la personalidad (301.7)

A. Un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta desde la edad de 15 años, como lo indican tres (o más) de los siguientes ítems:

1. fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención
2. deshonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer
3. impulsividad o incapacidad para planificar el futuro
4. irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones
5. despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás
6. irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas
7. falta de remordimientos, como lo indica la indiferencia o la justificación del haber dañado, maltratado o robado a otros

B. El sujeto tiene al menos 18 años.

C. Existen pruebas de un trastorno disocial que comienza antes de la edad de 15 años.

D. El comportamiento antisocial no aparece exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia o un episodio maníaco.

Criterios para el diagnóstico de F60.3 Trastorno límite de la personalidad (301.83)

Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la efectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

1. esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado. Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.
2. un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
3. alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
4. impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida). Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5.
5. comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.
6. inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días)
7. sentimientos crónicos de vacío.
8. ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

Criterios para el diagnóstico de F60.4 Trastorno histriónico de la personalidad (301.50)

Un patrón general de excesiva emotividad y una búsqueda de atención, que empiezan al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

1. no se siente cómodo en las situaciones en las que no es el centro de la atención.
2. la interacción con los demás suele estar caracterizada por un comportamiento sexualmente seductor o provocador.
3. muestra una expresión emocional superficial y rápidamente cambiante.
4. utiliza permanentemente el aspecto físico para llamar la atención sobre sí mismo.
5. tiene una forma de hablar excesivamente subjetiva y carente de matices.
6. muestra autodramatización, teatralidad y exagerada expresión emocional.
7. es sugestionable, por ejemplo, fácilmente influenciable por los demás o por las circunstancias.
8. considera sus relaciones más íntimas de lo que son en realidad.

Criterios para el diagnóstico de F60.8 Trastorno narcisista de la personalidad (301.81)

Un patrón general de grandiosidad (en la imaginación o en el comportamiento), una necesidad de admiración y una falta de empatía, que empiezan al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

1. tiene un grandioso sentido de autoimportancia (p. ej., exagera los logros y capacidades, espera ser reconocido como superior, sin unos logros proporcionados).
2. está preocupado por fantasías de éxito ilimitado, poder, brillantez, belleza o amor imaginarios.
3. cree que es "especial" y único y que sólo puede ser comprendido por, o sólo puede relacionarse con otras personas (o instituciones) que son especiales o de alto status.
4. exige una admiración excesiva.
5. es muy pretencioso, por ejemplo, expectativas irrazonables de recibir un trato de favor especial o de que se cumplan automáticamente sus expectativas.
6. es interpersonalmente explotador, por ejemplo, saca provecho de los demás para alcanzar sus propias metas.
7. carece de empatía: es reacio a reconocer o identificarse con los sentimientos y necesidades de los demás.
8. frecuentemente envidia a los demás o cree que los demás le envidian a él.
9. presenta comportamientos o actitudes arrogantes o soberbios.

Criterios para el diagnóstico F60.6 Trastorno de la personalidad por evitación (301.82)

Un patrón general de inhibición social, unos sentimientos de inferioridad y una hipersensibilidad a la evaluación negativa, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes ítems:

1. evita trabajos o actividades que impliquen un contacto interpersonal importante debido al miedo a las críticas, la desaprobación o el rechazo.
2. es reacio a implicarse con la gente si no está seguro de que va a agradar.
3. demuestra represión en las relaciones íntimas debido al miedo a ser avergonzado o ridiculizado.
4. está preocupado por la posibilidad de ser criticado o rechazado en las situaciones sociales.
5. está inhibido en las situaciones interpersonales nuevas a causa de sentimientos de inferioridad.
6. se ve a sí mismo socialmente inepto, personalmente poco interesante o inferior a los demás.
7. es extremadamente reacio a correr riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades debido a que pueden ser comprometedoras.

Criterios para el diagnóstico de F60.7 Trastorno de la personalidad por dependencia (301.6)

Una necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno, que ocasiona un comportamiento de sumisión y adhesión y temores de separación, que empieza al inicio de la edad adulta y se da en varios contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

1. tiene dificultades para tomar las decisiones cotidianas si no cuenta con un excesivo aconsejamiento y reafirmación por parte de los demás.
2. necesidad de que otros asuman la responsabilidad en las principales parcelas de su vida.
3. tiene dificultades para expresar el desacuerdo con los demás debido al temor a la pérdida de apoyo o aprobación. Nota: No se incluyen los temores o la retribución realistas.
4. tiene dificultades para iniciar proyectos o para hacer las cosas a su manera (debido a la falta de confianza en su propio juicio o en sus capacidades más que a una falta de motivación o de energía).
5. va demasiado lejos llevado por su deseo de lograr protección y apoyo de los demás, hasta el punto de presentarse voluntario para realizar tareas desagradables.
6. se siente incómodo o desamparado cuando está solo debido a sus temores exagerados a ser incapaz de cuidar de sí mismo.
7. cuando termina una relación importante, busca urgentemente otra relación que le proporcione el cuidado y el apoyo que necesita.
8. está preocupado de forma no realista por el miedo a que le abandonen y tenga que cuidar de sí mismo.

Criterios para el diagnóstico de F60.5 Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (301.4)

Un patrón general de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia, que empieza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes ítems:

1. preocupación por los detalles, las normas, las listas, el orden, la organización o los horarios, hasta el punto de perder de vista el objeto principal de la actividad.
2. perfeccionismo que interfiere con la finalización de las tareas (p. ej., es incapaz de acabar un proyecto porque no cumple sus propias exigencias, que son demasiado estrictas).
3. dedicación excesiva al trabajo y a la productividad con exclusión de las actividades de ocio y las amistades (no atribuible a necesidades económicas evidentes).
4. excesiva terquedad, escurpulosidad e inflexibilidad en temas de moral, ética o valores (no atribuible a la identificación con la cultura o la religión).
5. incapacidad para tirar los objetos gastados o inútiles, incluso cuando no tienen un valor sentimental.
6. es reacio a delegar tareas o trabajo en otros, a no ser que éstos se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas.
7. adopta un estilo avaro en los gastos para él y para los demás; el dinero se considera algo que hay que acumular con vistas a catástrofes futuras.
8. muestra rigidez y obstinación.

2.3. Diferencias entre CIE 10 y DSM IV TR en la clasificación de los Trastornos de Personalidad

En la clasificación de las enfermedades psiquiátricas se usan grupos de síntomas que son incluidos en diferentes categorías diagnósticas, que a su vez son recogidas por los sistemas clasificatorios internacionales.

En líneas generales las diferencias entre ambos sistemas clasificatorios son pequeñas, en ocasiones sin repercusión sobre la práctica clínica habitual. Esto es fruto de que en muchos de los casos los grupos de trabajo para el desarrollo de ambas son similares.

Sin embargo, hay diferencias entre ambas clasificaciones que ponen de manifiesto diferencias políticas o decisiones no basadas en la evidencia científica. Una de ellas es la clasificación multiaxial, presente en el DSM IV TR y fruto de un continuo debate sobre la necesidad de su permanencia o su desaparición en futuras ediciones. En segundo lugar está el criterio de la discapacidad, de gran importancia en el DSM y no tanto en la CIE 10.

Más concretamente en los trastornos de personalidad, se recogen en la siguiente tabla las equivalencias diagnósticas entre ambas clasificaciones:

DSM VI TR	CIE 10
Trastorno Paranoide de Personalidad	Trastorno Paranoide de Personalidad
Trastorno Esquizoide de Personalidad	Trastorno Esquizoide de Personalidad
Trastorno Esquizotípico de Personalidad	Incluída en F21 Trastorno esquizotípico
Trastorno Antisocial de Personalidad	Trastorno Antisocial de Personalidad
Trastorno Límite de Personalidad	Trastorno Límite de Personalidad
Trastorno Histriónico de Personalidad	Trastorno Histriónico de Personalidad
Trastorno Narcisista de Personalidad	Sin categoría específica, incluido en Otros
Trastorno por evitación de Personalidad	Trastorno Ansioso de Personalidad
Trastorno por dependencia de Personalidad	Trastorno Dependiente de Personalidad
Trastorno Obsesivo-Compulsivo de Personalidad	Trastorno Anancástico de Personalidad
Trastorno de Personalidad no especificado	Trastorno de Personalidad no especificado

Como se puede comprobar, existe complementariedad en los subtipos diagnósticos de los trastornos de personalidad, con dos excepciones:

- El Trastorno Esquizotípico de la Personalidad en la CIE 10 no está incluido dentro de los Trastornos de Personalidad, sino en el grupo de la psicosis como Trastorno Esquizotípico.
- El Trastorno Narcisista de Personalidad no existe en la CIE 10. Estaría incluido en la categoría de Otros Trastornos de personalidad.

Ambas diferencias son salvables para nuestro estudio, ya se tiene en cuenta el diagnóstico de Trastorno Esquizotípico como Trastorno de Personalidad, y el Trastorno Narcisista sí aparece en nuestros registros como categoría CIE 9 MC.

Capítulo 3

HIPÓTESIS

Los Trastornos de Personalidad constituyen un diagnóstico que ha experimentado en los últimos años un auge en su investigación y en la discusión en torno a los mismos.

La hipótesis principal consiste en demostrar que estas circunstancias podrían llevar a un aumento en el uso diagnóstico de los mismos en población clínica.

OBJETIVO PRINCIPAL

Evaluar el uso del diagnóstico de Trastorno de Personalidad en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica en Andalucía durante un período de 10 años en población hospitalaria.

OBJETIVOS SECUNDARIOS

-Diferenciar entre los distintos subtipos de Trastornos de Personalidad y comprobar su comportamiento durante el período estudiado

-Establecer un modelo según el crecimiento de cada uno de los subtipos

-Identificar diagnósticos asociados a un mayor uso de dispositivos sanitarios.

METODOLOGIA, DISEÑO Y DESARROLLO DEL ESTUDIO

3.1- Población de estudio.

Se estudiará el total de la población de pacientes ingresados en las Unidades de Psiquiatría de agudos existentes en los hospitales generales del S.A.S. en toda la Comunidad Autónoma con diagnóstico de Trastorno de la Personalidad (Algeciras, Baza, Carlos Haya, Gener. Huelva, Huerca Overa, Jerez Front., Princesa España, Puerto Real, Reina Sofía, Torrecárdenas, Úbeda, Univer. Granada, Univer. Málaga, V. Macarena, V. Nieves, V.Rocío y Valme), durante el período comprendido entre 1995 y 2004.

3.2-Fuente de información

Los datos se extraerán del Conjunto Mínimo de Básico de Datos (CMBD) de Andalucía. Se trata de un sistema de recogida de información hospitalaria que comprende un conjunto de variables, obtenidas momento del alta, de tipo administrativo, clínico y demográfico.

La recogida del CMBD está plenamente implantada en todos los hospitales de Andalucía desde hace unos años, resultando los datos totalmente fiables a partir de 1995. Es por ello, que nuestra investigación abarca desde este año hasta 2004, año en que la recogida y purga de la información se ha completado.

Nuestro grupo de investigación solicitó a los SS.CC. del S.A.S., donde se centraliza la información procedente de todos los hospitales, la información necesaria para el desarrollo de este estudio, disponiendo en la actualidad de una base de datos de aproximadamente 100000 registros, cada uno de los cuales supone un alta y por ende un ingreso hospitalario .

3.3. Criterios de selección

En función de lo analizado en el apartado 2.2, y al objeto de hacer compatibles los criterios aceptados en Andalucía con los estándares internacionales, consideraremos pacientes incluidos en nuestro estudio:

1. Aquellos pacientes de más de 18 a. que hayan ingresado en las Unidades de Hospitalización seleccionadas siendo diagnosticados de cualquiera de las categorías de Trastornos de la Personalidad existentes en el sistema clasificatorio usado por el CMBDA (la CIE-9-CM).

- la CIE-10, el DSM.III-R, DSM.IV y el DSM.IV.TR son las clasificaciones diagnósticas más frecuentemente utilizadas por los psiquiatras, la recodificación diagnóstica al alta en CIE-9-CM, se efectúa en los Servicios de Documentación Clínica.- siguiendo los estándares cualificados de calidad asistencial establecidos por la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (39,40).

3.4.- Variables de estudio

Entre las variables recogidas por el CMBD se encuentran las siguientes:

- Identificación del hospital
- Identificación del paciente: mediante el número de historia clínica.
- Fecha de nacimiento
- Sexo

- Residencia: código de ocho dígitos en el que los dos primeros identificarán la provincia, los tres siguientes el municipio y los tres últimos la ZBS.
- Fecha de ingreso
- Circunstancias del ingreso: urgente o programado
- Diagnóstico principal: proceso que tras el estudio pertinente y al alta hospitalaria, se considera el responsable del ingreso del paciente en el hospital. Se codifica según la clasificación Internacional de Enfermedades, 9º Revisión, Modificación Clínica (CIE-9, MC).
- Otros diagnósticos: procesos patológicos que no son el principal y que coexisten en el momento del ingreso, o que se desarrollan a lo largo de la estancia hospitalaria. Se codifican igualmente según la CIE-9 MC. Hasta el año 1997, se contemplaban cuatro diagnósticos además del principal, pero a partir de 1998, se empiezan a recoger nueve. Para nuestro estudio, se ha optado por considerar únicamente cuatro diagnósticos secundarios para todos los años, dado que la información que se dejaba de tener en cuenta era muy pequeña y así se proporcionaba uniformidad a la base de datos.
- Código E: identifica la causa externa que ha provocado el diagnóstico principal o los otros diagnósticos (lesiones, envenenamientos...). Se codifica con la CIE-9 MC.
- Edad
- Número de estancias.
- GRD al que se asigna.

3.5.-Tipo de estudio

Se realizó un estudio observacional de tipo retrospectivo, a partir de los ingresos de pacientes en las unidades de Psiquiatría de Agudos existentes en los hospitales generales de la Comunidad Autónoma Andaluza con el diagnóstico de Trastorno de Personalidad.

En una primera fase, se llevó a cabo un estudio descriptivo, con el fin de conocer las condiciones relacionadas con los individuos objeto de estudio y sus variaciones según características individuales, sociales, geográficas y temporales.

Posteriormente, se realizó un estudio analítico de la evolución diagnóstica dentro de esta categoría mediante un análisis de series temporales, con el fin de determinar la estabilidad diagnóstica, y que permite evidenciar la tendencia en el diagnóstico y del uso de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de los pacientes que reciben un diagnóstico de Trastorno de la Personalidad

3.6.-Estudio estadístico

Tras la depuración de las bases de datos, se procedió a la recodificación de algunas variables como por ejemplo el código del hospital, en nombre del hospital y provincia; la edad en grupos de edad, los días de estancia en períodos de estancia, etc. y al tratamiento de los missing data.

Posteriormente, mediante la utilización de los paquetes estadísticos SPSS Versión 13.0 para Windows, Statgraphics Plus Versión 3.1 para Windows y Epiinfo 2000, se llevó a cabo el estudio estadístico de los datos:

- Análisis exploratorio de la distribución de cada variable.
- Análisis descriptivo de la población.
- Análisis por secuencia temporal de la tendencia de la hospitalización dentro de los Trastornos de Personalidad a lo largo del período de estudio.

3.7 Limitaciones del estudio

Son conocidas las limitaciones de las metodologías disponibles de evaluación hospitalaria en psiquiatría, y que se concretan en dos objeciones: El número reducido de datos que recogen, así como la no especificidad en su diseño para el campo de la Salud Mental.

En nuestra opinión, dichas limitaciones no son excusa para retrasar el análisis de todo el conocimiento útil posible que surge de las bases de datos existentes.

En cuanto a la primera de las limitaciones, es preciso constatar el acuerdo casi unánime respecto a que el CMBD recoge un número de datos mínimo pero muy consistente para poder hacer aproximaciones relevantes a los fenómenos relacionados con la hospitalización. De este modo, se constituye en una herramienta de primer orden, dado que está implantado en todo el Sistema Nacional de Salud y en todos los países desarrollados de nuestro entorno, lo cual permite hacer comparaciones entre Sistemas: El proyecto CAMISE, por ejemplo, una investigación de BIOMED, ha puesto en común los datos de 420 hospitales procedentes de 12 países, creándose una base de datos de 4.000.000.000 de altas, y todos ellos proceden del CMBD: Tal esfuerzo proporciona un mismo instrumento de comparación de gran utilidad a propósitos investigadores (41). Los resultados de CAMISE implican importantes oportunidades de cooperación a nivel europeo, y están claramente infrautilizados .

A lo largo de los últimos años el CMBD ha sido sometido a evaluaciones sistemáticas y controles de calidad periódicos: Un estudio realizado en nuestro país (en ocho hospitales de la región de Murcia) ha analizado la información contenida en el CMBD. Existía gran variabilidad entre los hospitales estudiados, y se hizo una reevaluación de los historiales clínicos de una muestra de pacientes de cada uno de ellos: Se identificó un problema de fiabilidad, fundamentalmente en las variables clínicas de aquellos hospitales que codificaban a partir del informe de alta, y menor en los que lo hacían a partir de la historia clínica. Los autores recomendaban realizar evaluaciones sistemáticas y controles de calidad periódicos para mantener la validez y fiabilidad del registro, al objeto de incrementar la potencia del instrumento (42).

Es muy interesante la coincidencia de este estudio con una de las líneas que nuestro grupo está desarrollando, también basada en el CMBD, respecto a la gran variabilidad en las rehospitalizaciones de pacientes que tienen las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de los Hospitales Generales en la Comunidad Autónoma Andaluza (43), y que ha sido confirmada por uno de los resultados del PROYECTO SAS 152/02-

Gracias a las reevaluaciones continuas a las que está siendo sometido, el CMBD ha pasado a convertirse en una de las herramientas más poderosas de conocimiento del funcionamiento de un sistema asistencial, siendo el único método de información que recoge los episodios de ingreso individualmente: Solucient International elabora cada año la lista Top 100 (100 mejores hospitales) en USA a través de cifras objetivas, y no de opiniones de los usuarios. Su filial española ha desarrollado dos ediciones de determinación de los 20 mejores hospitales en nuestro país: Los Top-20 se basan en los datos proporcionados por el CMBD (44)

La edición 2000 de los Top-20 fue objeto de un intenso debate en el que, entre otras cosas, se cuestionaba las limitaciones de los diseños de evaluación que partían del CMBD (45,46).

La edición del 2001 contiene algunos cambios: Aumenta el número de hospitales evaluados, introduce centros privados.... pero sigue usando el CMBD, no ha podido prescindir de él. El Benchmarking sobre datos objetivos (que por cierto no se ha aplicado a la Salud Mental, y es una asignatura pendiente) se ha constituido como uno de los programas más punteros que se está desarrollando en la actualidad en nuestro país sobre la evaluación de servicios (www.iasist.com).

En cuanto a la segunda limitación (la no especificidad en su diseño para el campo de la Salud Mental), debemos señalar que la única base específica de que disponemos en nuestro Sistema es el SISMA, -Sistema de Información en Salud Mental de Andalucía- [fichero 7, Orden 11 Agosto 2003, Consejería de Salud Junta de Andalucía], pero queda ya obsoleta ante la implantación de un sistema de historia digital única en Andalucía, el DIRAYA, en proceso de desarrollo de las herramientas que evalúen este programa.

Nunca podrá suplir la información proporcionada por el CMBDA a los ingresos psiquiátricos por la sencilla razón de que recoge datos de gestión del Área de Salud Mental, y no de la Unidad de Hospitalización.

Sí nos permitirá en el futuro, en proyectos de investigación posteriores, relacionar el trabajo desarrollado en los dispositivos extrahospitalarios (datos de DIRAYA) con los hospitalarios (datos de CMBDA), al objeto de proceder al análisis de la deriva reiterada de los pacientes hacia las Unidades de Hospitalización de los Hospitales Generales de la red andaluza.

De igual manera cabe destacar que nuestro estudio abrirá una interesante línea con el estudio de la comorbilidad diagnóstica. En el diseño actual se recogen pacientes que al menos reciban un diagnóstico de trastorno de personalidad, obviando el resto de categorías diagnósticas o el solapamiento que puede existir dentro de los trastorno de personalidad. Esto nos permite analizar cada subtipo por separado y medir la evolución temporal para cada categoría diagnóstica.

Disponemos ya de datos de comorbilidad en poblaciones seleccionadas, en las que evaluamos la coexistencia entre Trastorno Bipolar y Trastorno Límite de Personalidad en pacientes jóvenes hospitalizados (47). La asociación entre diagnósticos de Trastornos de Personalidad con otras patologías, tanto psiquiátricas como del resto de enfermedades médicas en nuestro medio, constituye en sí mismo un desafío para futuras investigaciones sobre el tema.

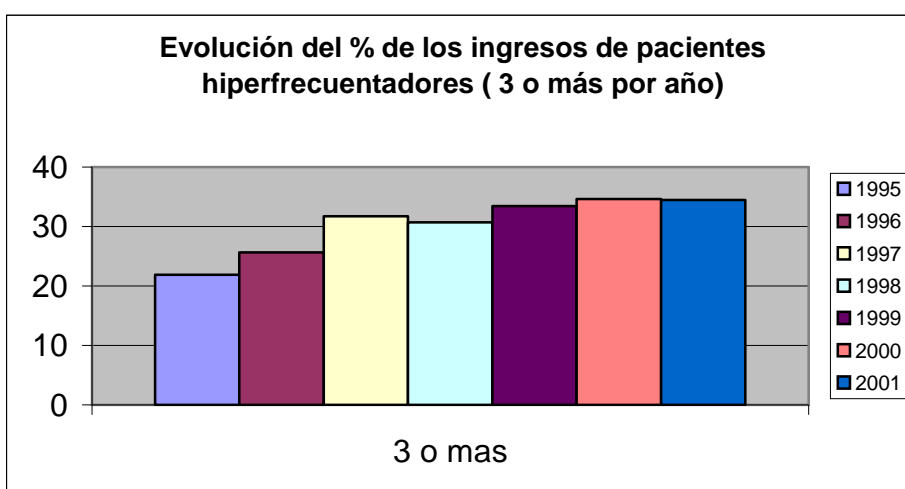
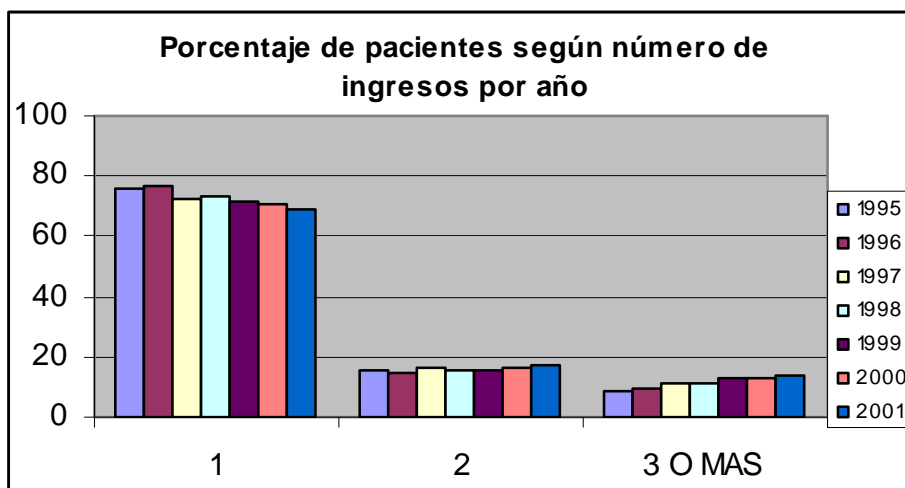
CAPITULO 4

Evolución del número de pacientes y de ingresos de los mismos con diagnóstico de Trastorno de la Personalidad

1.1. Evolución en el número de pacientes con diagnóstico de Trastornos de la Personalidad

El análisis de los resultados comprende la explotación de los 99444 registros incluidos en nuestra base de datos, correspondiendo cada uno de ellos a un ingreso de un paciente en una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de las 17 que existen en el Sistema Sanitario Público Andaluz, que cubre a una población de 8 millones de habitantes aproximadamente.

Tal y como evidenciaba nuestros estudios anteriores, *Análisis de los predictores de utilización de las Unidades de Agudos. Andalucía (1995-2002) (SAS 152/2)* y *Patrones de sobreutilización de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de los Hospitales Generales : PI 05/90061* tanto el número de pacientes como de ingresos registrados en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica ha aumentado hasta el año 2001, de ahí que a partir de ahora cobra mayor interés no sólo el número absoluto de registros, que aumenta, sino el porcentaje con respecto al global, que también lo hace de manera independiente al comportamiento global del resto de entidades diagnósticas.



En ambas gráficas queda reflejada la disminución en el porcentaje de pacientes que ingresan sólo una vez por año mientras que aumenta el de pacientes hiperfrecuentadores, con 3 ó más ingresos por año.

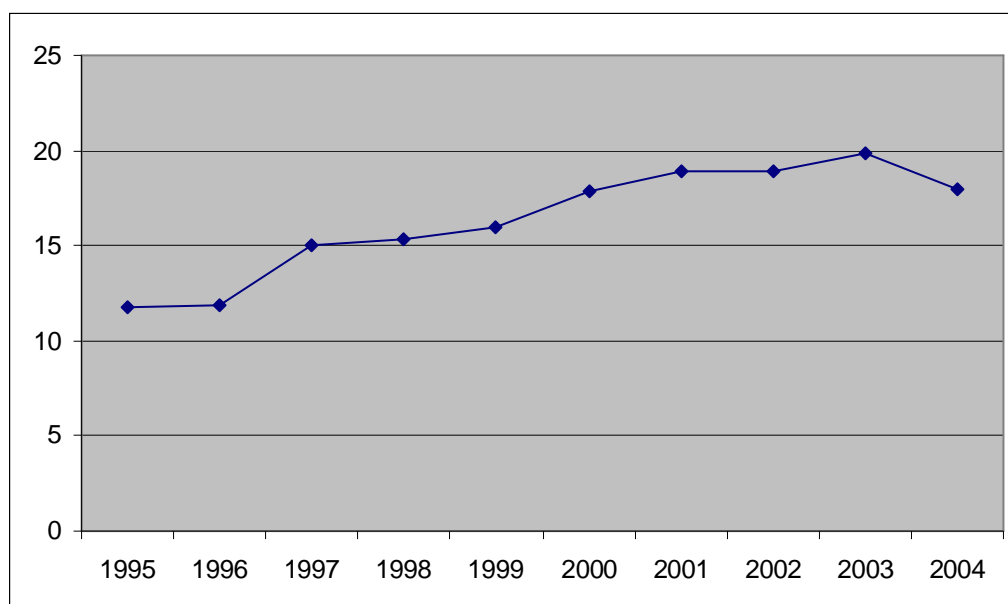
Del global de pacientes (64968) durante el período de estudio (de 5483 en 1995 a 7262 en 2004), se recogen 10755 pacientes que al alta presentaban al menos un diagnóstico de Trastorno de la Personalidad en un año. En 1995 existen 644 registros de trastorno de personalidad, 646 en 1996, 966 en 1997, 1013 en 1998, 1080 en 1999, 1039 en 2000, 1278 en 2001, 1319 en 2002, 1469 en 2003 y 1301 en 2004 (Tabla 1).

De esta forma el porcentaje de pacientes que cada año ha recibido al menos un diagnóstico de Trastorno de la Personalidad va desde un 11,74 % en 1995, 11,91% en 1996, 14,97% en 1998, 15,31% en 1999, 15,95% en 1999, 17,86% en 2000, 18,89% en 2001, 18,92% en 2002, 19,8% en 2003 hasta un 17,91% en 2004.

Tabla 1. Evolución del número de pacientes diagnosticados de Trastorno de la personalidad en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica por año y porcentaje con respecto al total de pacientes ingresados

1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
644	646	966	1013	1080	1039	1278	1319	1469	1301
11,74	11,91	14,97	15,32	15,95	17,85	18,88	18,92	19,80	17,91

Gráfico 1. Evolución del porcentaje de pacientes con diagnóstico de Trastorno de la Personalidad en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica por año con respecto al total de pacientes hospitalizados



1.2 Evolución en el número ingresos de pacientes con diagnóstico de Trastornos de la Personalidad

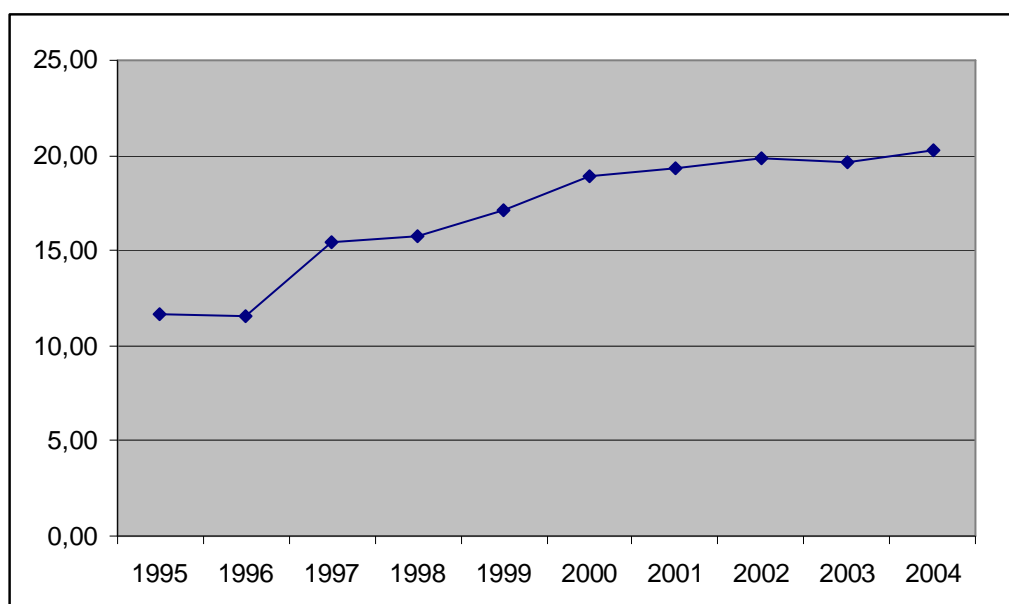
Del la misma manera, del global de registros de ingresos de pacientes (99444) durante el período de estudio (de 7678 en 1995 a 10881 en 2004), se recogen 17198 ingresos de pacientes que al alta presentaban al menos un diagnóstico de Trastorno de la Personalidad. En 1995 existen 899 registros de Trastorno de Personalidad, 886 en 1996, 1526 en 1997, 1584 en 1998, 1836 en 1999, 1760 en 2000, 2098 en 2001, 2170 en 2002, 2237 en 2003 y 2202 en 2004.

El porcentaje de ingresos que reciben al menos un diagnóstico de Trastorno de la Personalidad con respecto al global va desde un 11,71 % en 1995, 11,55% en 1996, 15,42% en 1998, 15,74% en 1999, 17,08% en 1999, 18,88% en 2000, 19,31% en 2001, 19,81% en 2002, 19,68% en 2003 hasta un 20,24% en 2004.

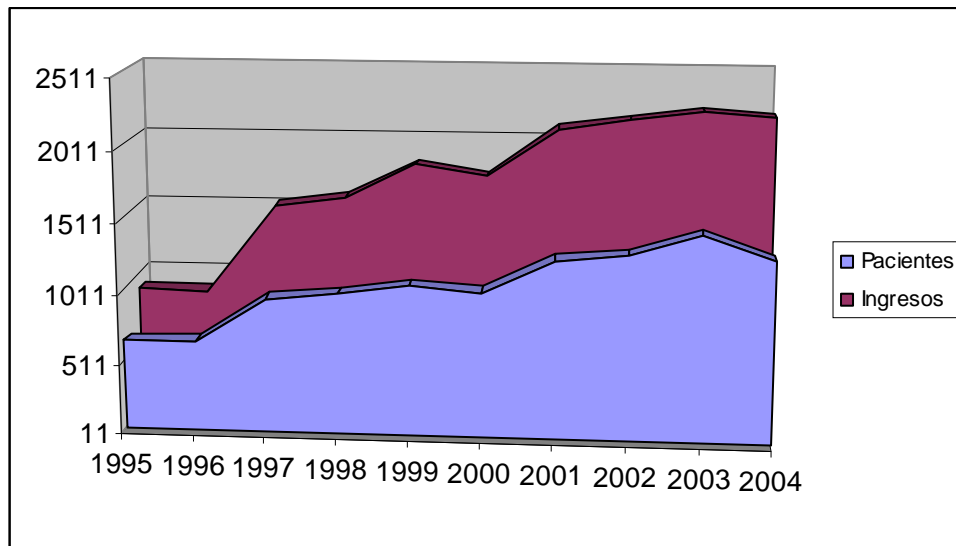
Tabla 2. Evolución del número de ingresos hospitalarios con al menos un diagnóstico de Trastorno de la Personalidad y porcentaje con respecto al total de ingresos hospitalarios.

1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
899	886	1526	1584	1836	1760	2098	2170	2237	2202
11,71	11,55	15,42	15,74	17,08	18,88	19,31	19,81	19,68	20,24

Gráfico 2a. Evolución del porcentaje de ingresos hospitalarios con al menos un diagnóstico de Trastorno de la personalidad con respecto al total de ingresos hospitalarios.



Gráfica 2b. Evolución del número de pacientes y de ingresos por año que reciben al menos un diagnóstico de Trastorno de Personalidad



En la superposición de ambas gráficas se aprecia claramente cómo no sólo aumenta el número de pacientes que reciben al menos un diagnóstico de Trastorno de Personalidad, sino que además en los últimos años se observa un fenómeno caracterizado por un aumento, al mismo tiempo, del número de veces que ingresan por año.

2. Evolución de los distintos subtipos de Trastorno de la Personalidad

En la actualidad la clasificación psiquiátrica de los Trastornos de la Personalidad se basa en dos sistemas clasificatorios diagnósticos, la 10 Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 10), de la Organización Mundial de la Salud , y la cuarta edición revisada del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), publicado por la American Psychiatric Association , siendo el DSM el que claramente domina el conocimiento y las prácticas diagnóstico-clínicas en el ámbito de los Trastornos de la Personalidad.

Consiste en un modelo categorial que asume grupos diagnósticos homogéneos, clínicamente significativos y con límites claros.

En el siguiente análisis de resultados se comentará la evolución de cada uno de los subtipos de trastornos de personalidad, tanto en el número y porcentaje de pacientes que reciben el diagnóstico específico, así como en el número y porcentaje de altas hospitalarias en las que quede recogido el diagnóstico.

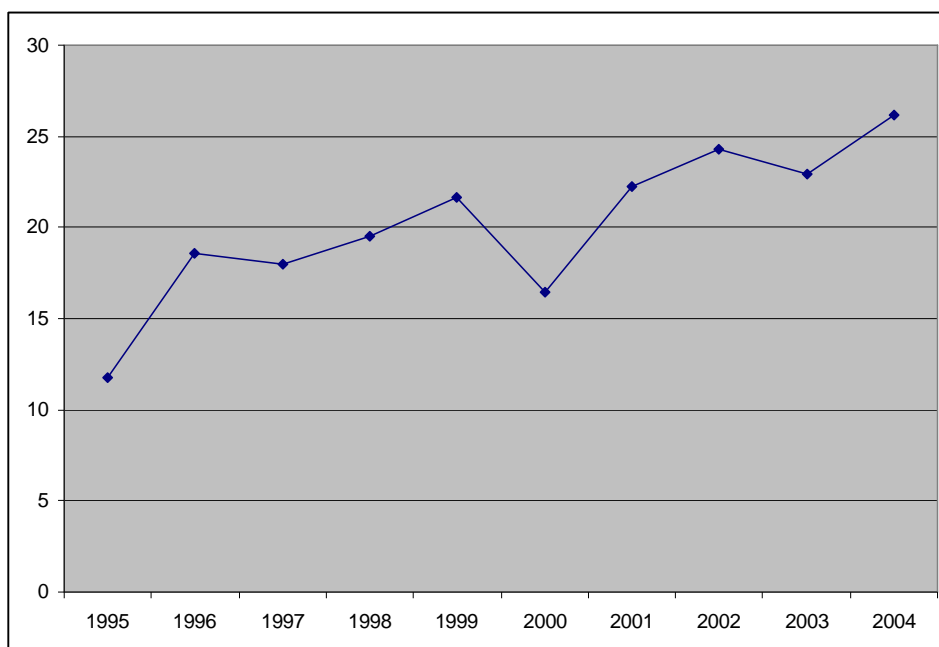
En la ordenación de los subtipos diagnósticos a lo largo del capítulo se ha tenido en cuenta criterios de frecuencia y de peso en la literatura, por lo que se inicia con los subtipos dramáticos, posteriormente los excéntricos, los ansiosos y dejando al final las categorías residuales (otros trastorno de personalidad y trastorno de personalidad sin especificar).

TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD

Tabla 3. Evolución del número de pacientes ingresados por año con diagnóstico de Trastorno Límite de la personalidad y porcentaje con respecto al total de los Trastornos de Personalidad

1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
76	120	174	198	234	171	284	320	337	340
11,80	18,58	18,01	19,55	21,67	16,46	22,22	24,26	22,94	26,13

Grafico 3. Evolución del porcentaje de pacientes ingresados por año con diagnóstico de Trastorno Límite de la personalidad con respecto al global de Trastornos de la Personalidad



El Trastorno Límite de la Personalidad es el Trastorno de la Personalidad más frecuente en nuestra Comunidad, aunque se encuentra presente en todas las culturas. Produce un importante malestar y un deterioro del funcionamiento social, laboral y personal, y se asocia a tasas elevadas de comportamiento autodestructivo (tentativas de suicidio y suicidio consumado) (48). La característica esencial del trastorno límite de la Personalidad es un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la afectividad y la autoimagen, así como una marcada impulsividad (49,50).

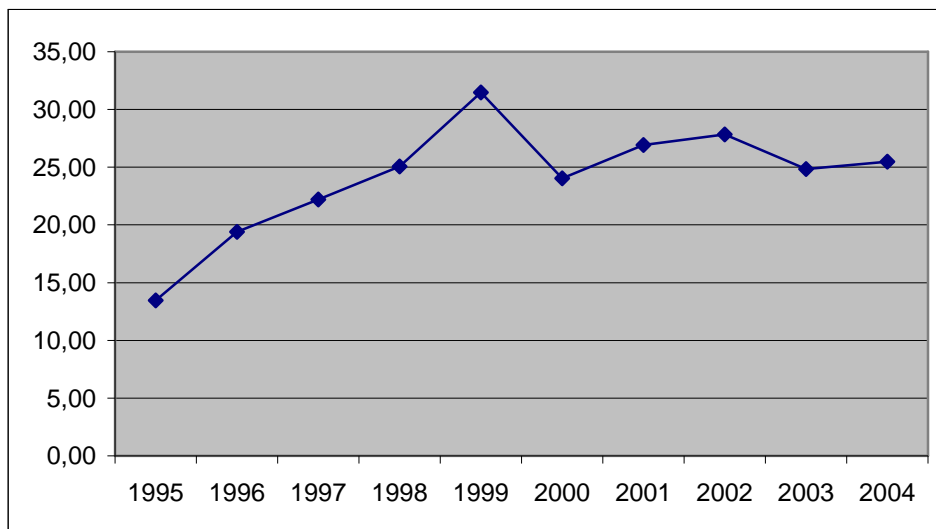
Los pacientes con trastorno límite de personalidad ingresados en Andalucía por año experimentan un crecimiento desde 76 en 1995 a 340 en 2204, con un incremento no explicable exclusivamente por aumento de población o incremento en el número de ingresos.

La mayor parte del crecimiento en los Trastornos de personalidad es a expensas de este subtipo.

Tabla 4. Evolución del número de ingresos por año con diagnóstico de Trastorno Límite de la personalidad y porcentaje con respecto al total de los Trastornos de Personalidad

1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
121	172	339	397	578	423	565	604	556	561
13,46	19,41	22,21	25,06	31,48	24,03	26,93	27,83	24,85	25,48

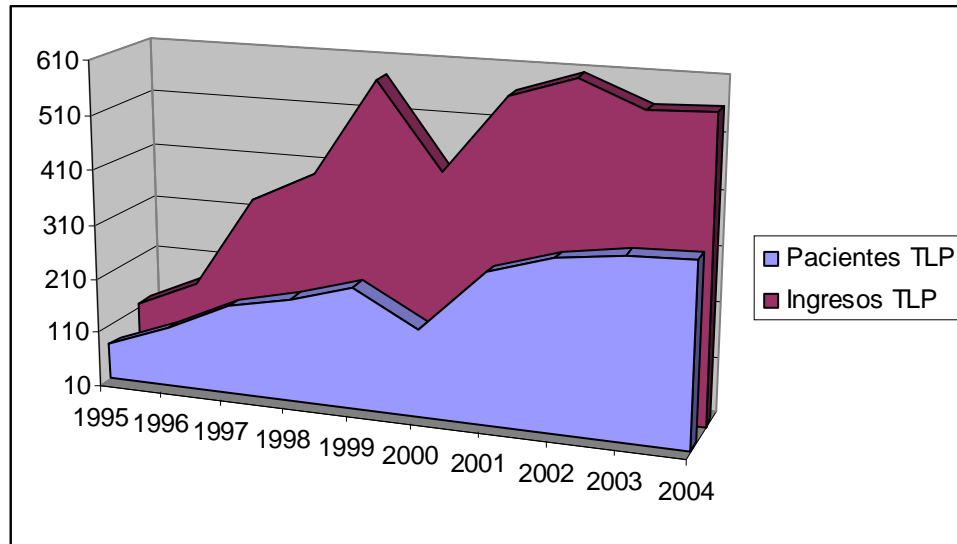
Grafica 4a. Evolución del porcentaje de ingresos por año con diagnóstico de Trastorno Límite de la personalidad con respecto al global de Trastornos de la Personalidad



No sólo se incrementa el número de pacientes hospitalizados con diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad sino que igualmente se incrementan en gran medida el número de ingresos por parte de estos, desde 121 hasta 561, siendo más de la cuarta parte del total de los trastornos de personalidad, y sumando la destacada cifra de 4316 registros a lo largo del período estudiado.

La gravedad de este trastorno explicaría los frecuentes reingresos de este subtipo de pacientes con diagnóstico de trastorno de personalidad, sin embargo no es suficiente para justificar este diagnóstico emergente en los últimos años. Este crecimiento en el número de diagnósticos se ve acompañado de un interés creciente en la literatura sobre el estudio del mismo seguido de un incremento en el número de publicaciones sobre el mismo (51), lo que lleva a pensar que es posible que este fenómeno se vea influido no sólo por variables sociosanitarias sino también por fenómenos externos ambientales como podrían ser la moda de uso del mismo o su inclusión en estudios de psicofarmacología.

Gráfica 4b. Evolución del número de pacientes con diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad y de los ingresos en las Unidades de Hospitalización Psiquiátricas por parte de este subtipo diagnóstico



Esta gráfica evidencia la tendencia al reingreso de pacientes con diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad, que es escasa en los primeros años pero experimenta un crecimiento posteriormente que se mantiene a lo largo de la serie temporal.

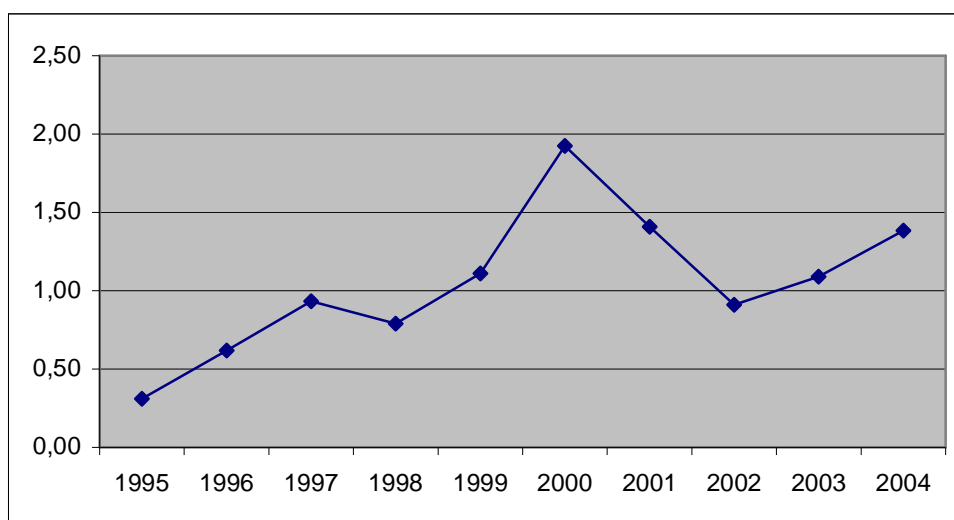
Esta imagen corrobora que no sólo aumenta el número de pacientes hospitalizados con este diagnóstico, sino que existe de manera paralela un fenómeno de rehospitalización psiquiátrica, al aumentar en mayor medida el número de veces que ingresan por año.

TRASTORNO NARCISISTA DE PERSONALIDAD

Tabla 5. Evolución del número de pacientes hospitalizados por año con diagnóstico de Trastorno Narcisista de la Personalidad y porcentaje con respecto al total de los Trastornos de Personalidad

1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
2	4	9	8	12	20	18	12	16	18
0,31	0,62	0,93	0,79	1,11	1,92	1,41	0,91	1,09	1,38

Grafica 5. Evolución del porcentaje de pacientes hospitalizados por año con diagnóstico de Trastorno Narcisista de la personalidad con respecto al global de Trastornos de la Personalidad



Se trata de un escaso número de pacientes, que oscila entre los 2 de 1995 y los 18 en 2004.

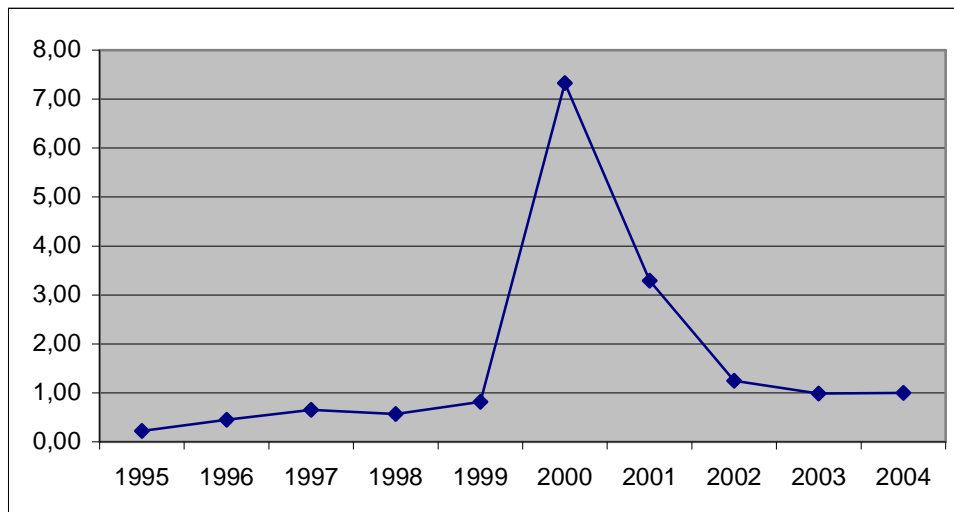
A pesar de ser un escaso porcentaje, también experimenta un crecimiento importante, siendo este número 9 veces mayor al final del período índice.

Las escasas cifras se justificarían por ser un trastorno egosintónico, pasando desapercibido la mayor parte de las veces y requiriendo ingreso sólo en casos graves, a pesar de que cuando se presenta complica el curso y pronóstico de la enfermedad por la escasa adherencia al tratamiento y dificultad de abordaje del mismo (52).

Tabla 6. Evolución del número de ingresos hospitalarios por año con diagnóstico de Trastorno Narcisista de la Personalidad y porcentaje con respecto al total de los Trastornos de Personalidad

1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
2	4	10	9	15	129	69	27	22	22
0,22	0,45	0,66	0,57	0,82	7,33	3,29	1,24	0,98	1,00

Grafica 6. Evolución del porcentaje de ingresos hospitalarios por año con diagnóstico de Trastorno Narcisista de la Personalidad con respecto al global de Trastornos de la Personalidad



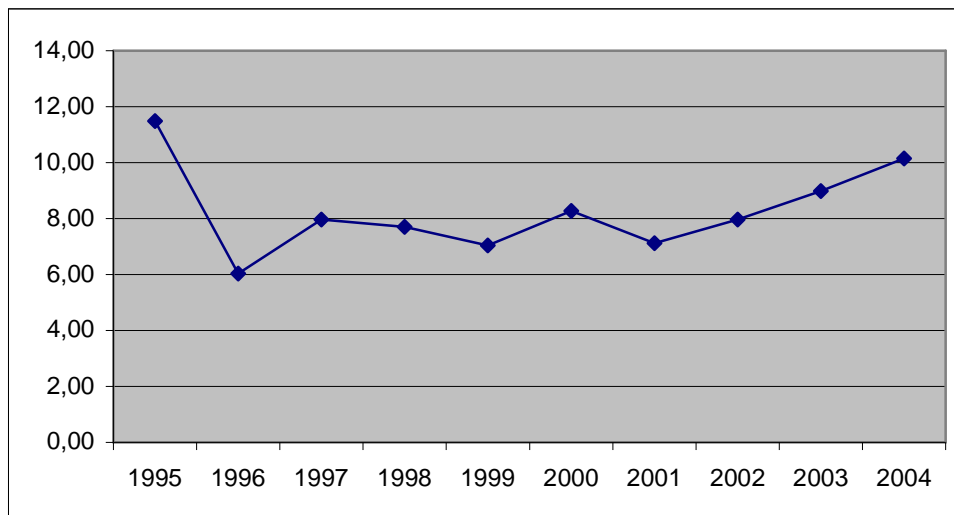
Los ingresos son igualmente escasos, aunque cabe señalar el pico de incidencia en el año 2000 y 2001, siendo explicable esta singularidad porque uno de los pacientes llega a ingresar en 20 ocasiones en el mismo año, indicador de la severidad que puede llegar a presentar en algunas ocasiones (53).

TRASTORNO ANTISOCIAL DE PERSONALIDAD

Tabla 7. Evolución del número de pacientes hospitalizados por año con diagnóstico de Trastorno Antisocial de la Personalidad y porcentaje con respecto al total de los Trastornos de Personalidad

1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
74	39	77	78	76	86	91	105	132	132
11,49	6,04	7,97	7,70	7,04	8,28	7,12	7,96	8,99	10,15

Grafica 7. Evolución del porcentaje de pacientes hospitalizados por año con diagnóstico de Trastorno Antisocial de la Personalidad con respecto al global de Trastornos de la Personalidad



El trastorno antisocial de personalidad sigue un patrón de evolución constante, si bien el número se duplica, el porcentaje sobre el global se mantiene, pudiendo ser este incremento explicado por el aumento de las hospitalizaciones.

El trastorno antisocial de personalidad está descrito por autores clásicos como Kurt Schneider, correspondiente a la categoría de personalidad psicopática, más concretamente con el subtipo desalmado (54). Sin embargo, los criterios diagnósticos para el trastorno antisocial de personalidad no tienen una correlación simétrica entre ambas clasificaciones internacionales (DSM IV TR y CIE 10) (55).

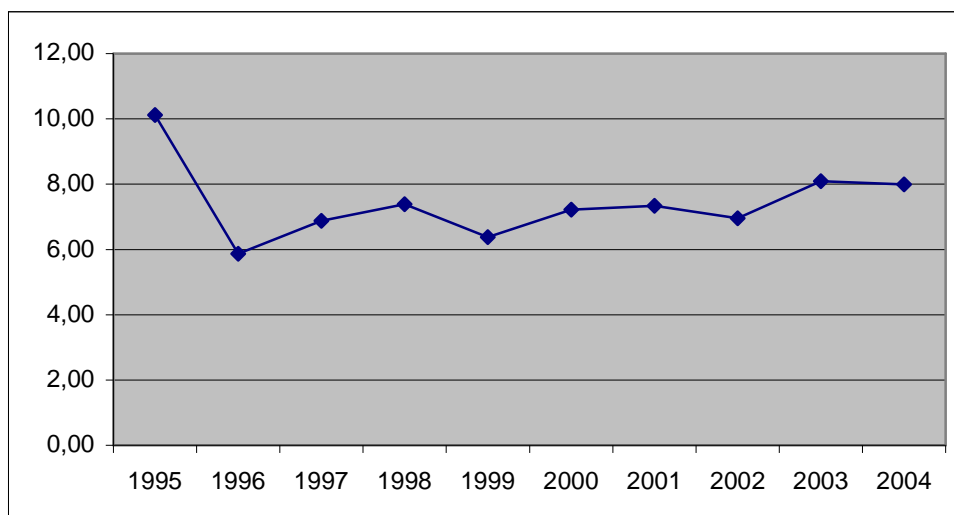
Queda gráficamente expresado que se trata de un diagnóstico cuyo porcentaje permanece estable a lo largo del tiempo, por otro lado, y de manera contradictoria, como explica el artículo citado previamente, existe disparidad entre los criterios diagnósticos de ambas clasificaciones internacionales.

Esta disociación entre estabilidad diagnóstica frente a falta de unanimidad de criterios explica la disociación entre el uso de los criterios referidos en las clasificaciones internacionales y la práctica clínica diaria.

Tabla 8. Evolución del número de ingresos hospitalarios por año con diagnóstico de Trastorno Antisocial de la Personalidad y porcentaje con respecto al total de los Trastornos de Personalidad

1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
91	52	105	117	117	127	154	151	181	176
10,12	5,87	6,88	7,39	6,37	7,22	7,34	6,96	8,09	7,99

Grafica 8. Evolución del porcentaje de ingresos hospitalarios por año con diagnóstico de Trastorno Antisocial de la Personalidad con respecto al global de Trastornos de la Personalidad



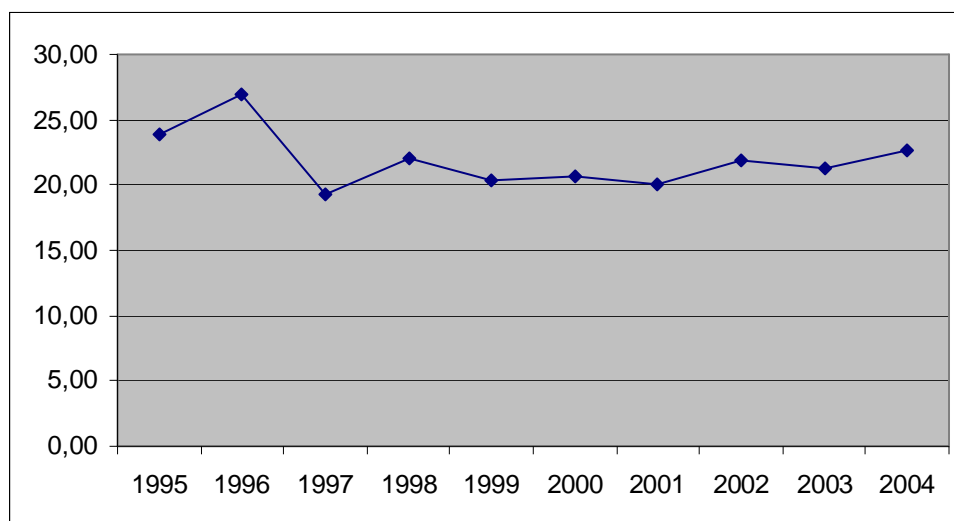
Un comportamiento similar siguen los ingresos de pacientes con trastorno Antisocial de Personalidad, si bien se incrementan, a la hora de ajustarlos según el porcentaje se ve que éste permanece estable, incluso con una leve reducción si comparamos con el primer año.

TRASTORNO HISTRIÓNICO DE PERSONALIDAD

Tabla 9. Evolución del número de pacientes hospitalizados por año con diagnóstico de Trastorno Histriónico de la Personalidad y porcentaje con respecto al total de los Trastornos de Personalidad

1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
154	174	186	223	220	215	257	289	313	295
23,91	26,93	19,25	22,01	20,37	20,69	20,11	21,91	21,31	22,67

Gráfica 9. Evolución del porcentaje de pacientes hospitalizados por año con diagnóstico de Trastorno Histriónico de la Personalidad con respecto al global de Trastornos de la Personalidad



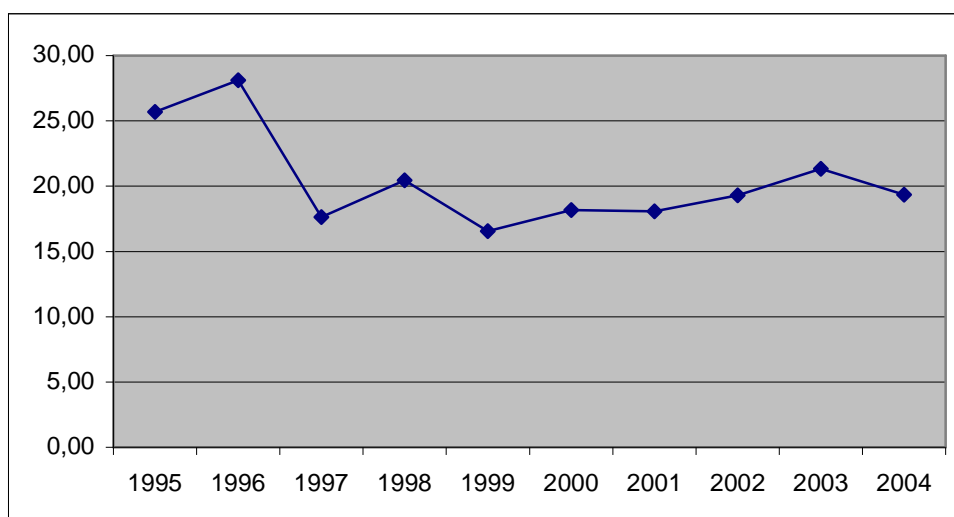
El número de pacientes con diagnóstico de Trastorno Histriónico de Personalidad se ha duplicado a lo largo del período índice en números absolutos. Sin embargo su porcentaje permanece estable, como podemos observar en la Gráfica 9.

Sin embargo no sucede lo mismo con el número de ingresos, que se ve disminuido a lo largo del período índice, como podemos observar en la tabla y gráfica siguiente.

Tabla 10. Evolución del número de ingresos hospitalarios por año con diagnóstico de Trastorno Histriónico de la Personalidad y porcentaje con respecto al total de los Trastornos de Personalidad

1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
231	249	269	324	304	320	379	419	477	426
25,70	28,10	17,63	20,45	16,56	18,18	18,06	19,31	21,32	19,35

Gráfica 10. Evolución del porcentaje de ingresos hospitalarios por año con diagnóstico de Trastorno Histriónico de la Personalidad con respecto al global de Trastornos de la Personalidad



Estos llamativos resultados han sido publicados previamente por nuestro equipo y son corroborados por investigaciones recientes, como la del grupo de la Universidad de Emory, Atlanta (56), que por medio de estudios psicométricos cuantifican la enorme variabilidad del constructo y cuestionan su permanencia en futuras clasificaciones diagnósticas.

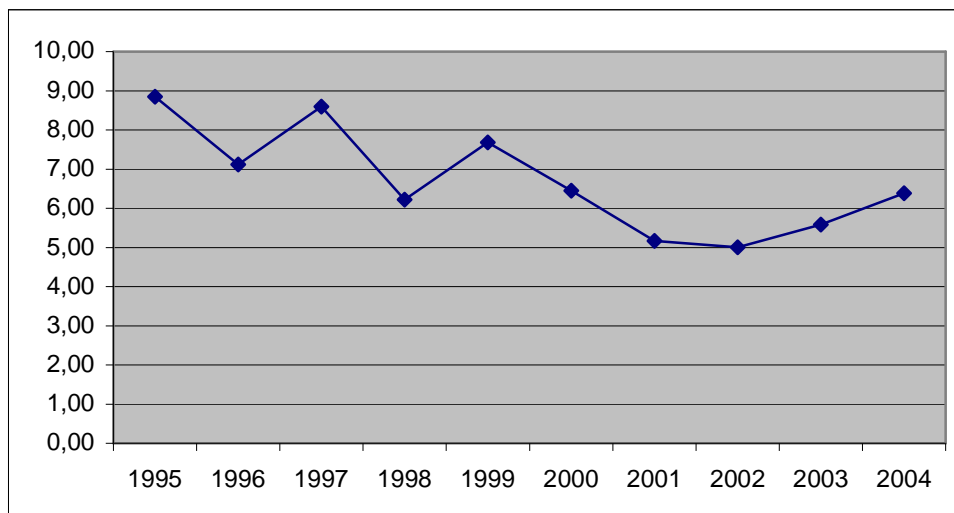
No sólo queda en entredicho esta entidad diagnóstica a través de los estudios psicométricos, sino que además previamente habíamos demostrado por medio de un estudio epidemiológico en población hospitalaria publicado a nivel internacional el probable trasvase de esta decreciente categoría hacia el Trastorno Límite de Personalidad (57).

TRASTORNO PARANOIDE DE PERSONALIDAD

Tabla 11. Evolución del número de pacientes hospitalizados por año con diagnóstico de Trastorno Paranoide de la Personalidad y porcentaje con respecto al total de los Trastornos de Personalidad

1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
57	46	83	63	83	67	66	66	82	83
8,85	7,12	8,59	6,22	7,69	6,45	5,16	5,00	5,58	6,38

Gráfica 11. Evolución del porcentaje de pacientes hospitalizados por año con diagnóstico de Trastorno Paranoide de la Personalidad con respecto al global de Trastornos de la Personalidad



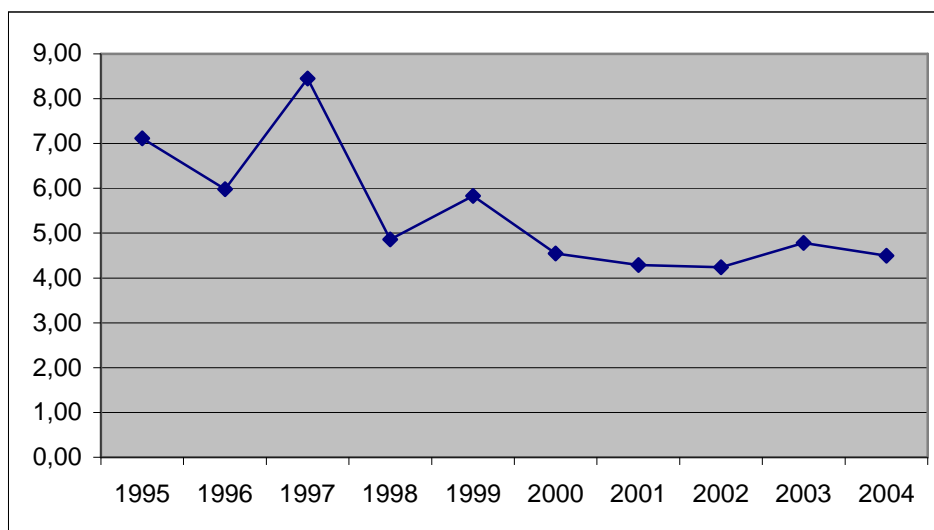
El número de pacientes con diagnóstico de trastorno Paranoide de Personalidad es escaso. Por un lado experimenta un ligero incremento en número, pero al ser ajustados por porcentaje se evidencia su tendencia al descenso.

Este descenso se ve acompañado de otro más evidente en el número de ingresos, reflejado en las siguientes tablas y gráfica.

Tabla 12. Evolución del número de ingresos hospitalarios por año con diagnóstico de Trastorno Paranoide de la Personalidad y porcentaje con respecto al total de los Trastornos de Personalidad

1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
64	53	129	77	107	80	90	92	107	99
7,11	5,98	8,45	4,86	5,82	4,54	4,28	4,23	4,78	4,49

Gráfica 12. Evolución del porcentaje de ingresos hospitalarios por año con diagnóstico de Trastorno Paranoide de la Personalidad con respecto al global de Trastornos de la Personalidad

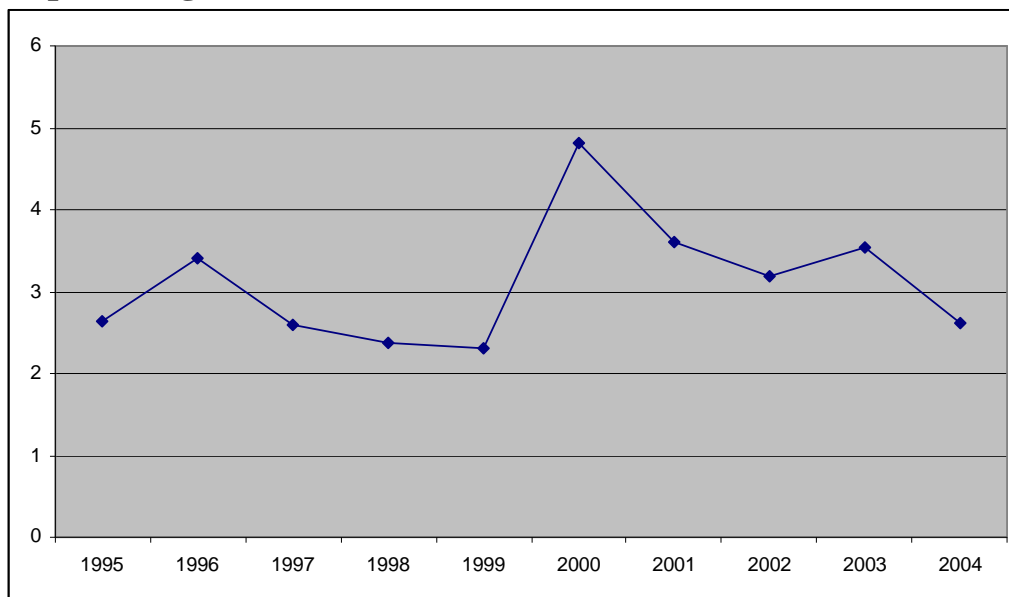


TRASTORNO ESQUIZOIDE DE PERSONALIDAD

Tabla 13. Evolución del número de pacientes hospitalizados por año con diagnóstico de Trastorno Esquizoide de la Personalidad y porcentaje con respecto al total de los Trastornos de Personalidad

1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
17	22	25	24	25	50	46	42	52	34
2,63	3,40	2,58	2,36	2,31	4,81	3,59	3,18	3,53	2,61

Gráfica 13. Evolución del porcentaje de pacientes hospitalizados por año con diagnóstico de Trastorno Esquizoide de la Personalidad con respecto al global de Trastornos de la Personalidad



De igual manera el diagnóstico de Trastorno Esquizoide de Personalidad es infrecuente, representa un pequeño número tanto en pacientes como en ingresos, con ligeras variaciones interanuales.

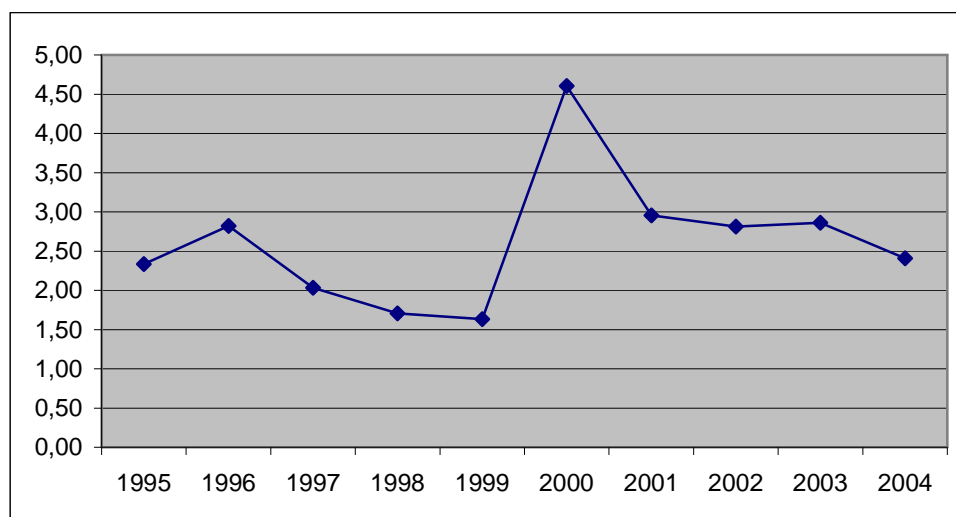
Cabe destacar la singularidad presente en el año 2000, en el que aparece un pico de incidencia tanto en el número como en el porcentaje de pacientes que reciben este diagnóstico, volviendo posteriormente a valores iniciales.

Podemos estimar que se trata de un diagnóstico infrecuente en las Unidades de Hospitalización, y que su patrón ha sido estable durante el período estudiado.

Tabla 14. Evolución del número de ingresos hospitalarios por año con diagnóstico de Trastorno Esquizoide de Personalidad y porcentaje con respecto al total de los Trastornos de Personalidad

1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
21	25	31	27	30	81	62	61	64	53
2,34	2,82	2,03	1,70	1,63	4,60	2,96	2,81	2,86	2,41

Gráfica 14. Evolución del porcentaje de ingresos hospitalarios por año con diagnóstico de Trastorno Esquizoide de Personalidad con respecto al global de Trastornos de Personalidad



El número de ingresos de pacientes con diagnóstico de Trastorno Esquizoide presenta un pico de incidencia en el año 2000, como sucedía en el número de pacientes, volviendo después a valores similares que en años previos.

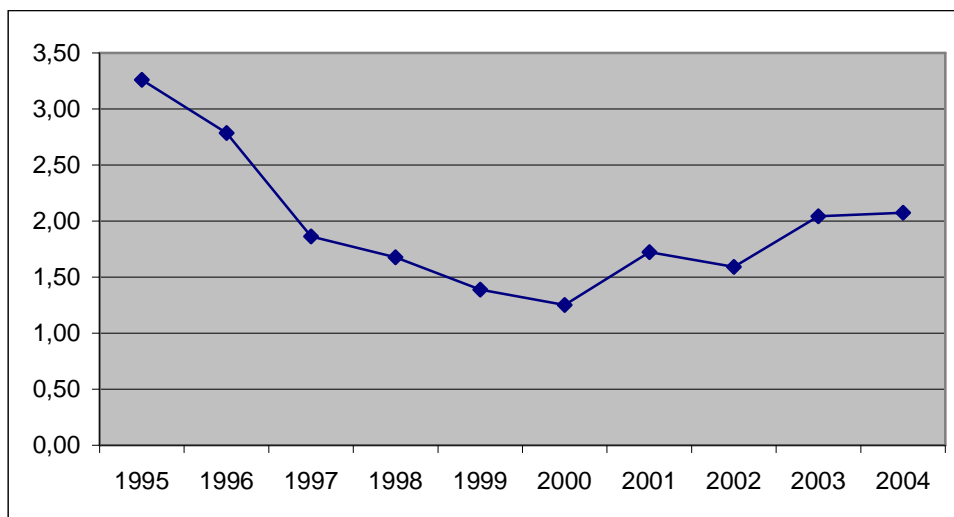
La similitud entre ambas curvas señala que este aumento es debido a varios pacientes que ingresan sólo una vez por año, no como en el caso del Trastorno Límite de Personalidad en el que existía un claro patrón de rehospitalización.

TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO

Tabla 15. Evolución del número de pacientes hospitalizados por año con diagnóstico de Trastorno Esquizotípico de la Personalidad y porcentaje con respecto al total de los Trastornos de Personalidad

1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
21	18	18	17	15	13	22	21	30	27
3,26	2,79	1,86	1,68	1,39	1,25	1,72	1,59	2,04	2,08

Gráfica 15. Evolución del porcentaje de pacientes hospitalizados por año con diagnóstico de Trastorno Esquizotípico de la Personalidad con respecto al global de Trastornos de la Personalidad



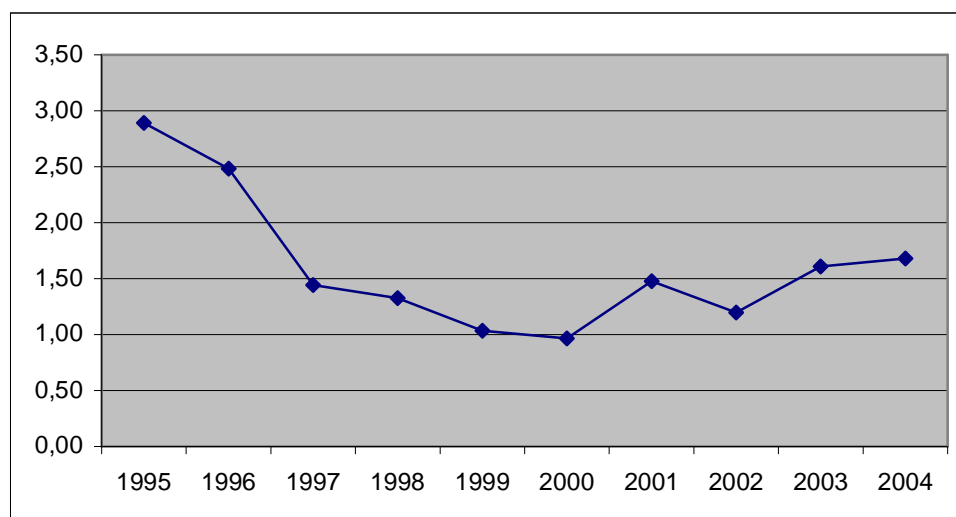
La evolución de este pequeño porcentaje de pacientes es, a su vez, negativa, con una rápida caída y posteriormente con la estabilización del porcentaje, aunque se mantiene en torno a un 2%

Cabe señalar nuevamente que el Trastorno Esquizotípico de Personalidad del DSM IV TR, está incluido en la CIE 10 y en la CIE 9 MC en el capítulo de los trastornos psicóticos.

Tabla 16. Evolución del número de ingresos hospitalarios por año con diagnóstico de Trastorno Esquizotípico de la Personalidad y porcentaje con respecto al global de Trastornos de la Personalidad.

1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
26	22	22	21	19	17	31	26	36	37
2,89	2,48	1,44	1,33	1,03	0,97	1,48	1,20	1,61	1,68

Gráfica 16. Evolución del porcentaje de ingresos hospitalarios por año con diagnóstico de Trastorno Esquizotípico de la Personalidad con respecto al global de Trastornos de la Personalidad



El número de ingresos de pacientes con diagnóstico de Trastorno Esquizotípico sigue un patrón similar, con un descenso en los primeros años y su posterior estabilización en torno a un escaso porcentaje.

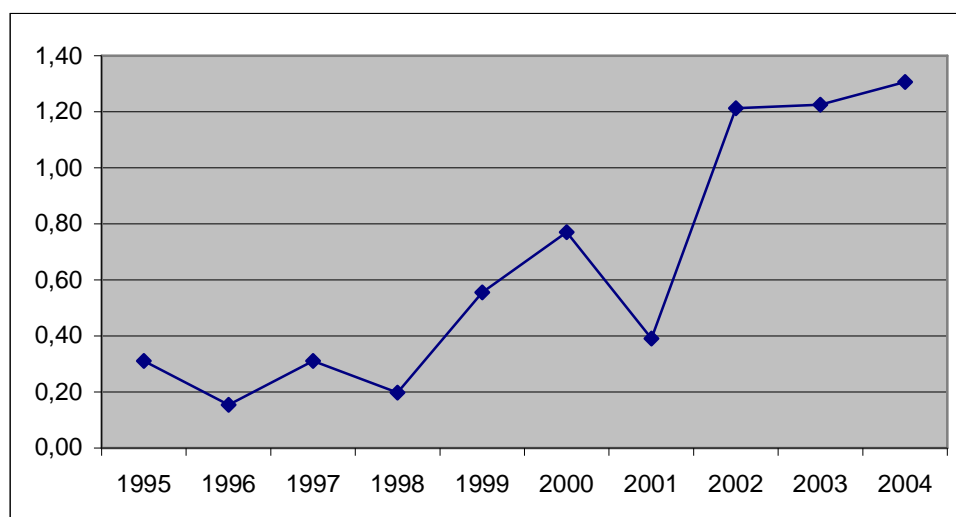
El patrón, tanto de pacientes como de ingresos, manifiesta un comportamiento similar.

TRASTORNO EVITATIVO DE PERSONALIDAD

Tabla 17. Evolución del número de pacientes hospitalizados por año con diagnóstico de Trastorno Evitativo de la Personalidad y porcentaje con respecto al global de Trastornos de la Personalidad.

1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
2	1	3	2	6	8	5	16	18	17
0,31	0,15	0,31	0,20	0,56	0,77	0,39	1,21	1,23	1,31

Gráfica 17. Evolución del porcentaje de pacientes hospitalizados por año con diagnóstico de Trastorno Evitativo de la Personalidad con respecto al global de Trastornos de la Personalidad



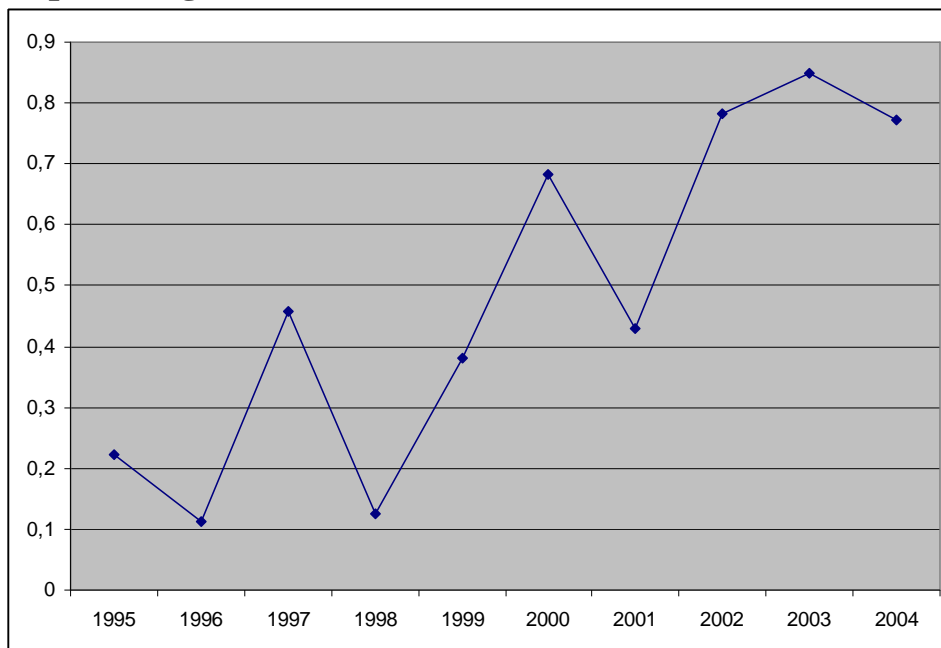
En esta categoría diagnóstica pasamos a los trastornos de personalidad ansiosos y evitativos. Parte desde un escaso número de pacientes, solamente 2 en un año, y aumenta hasta en ocho veces, pero sigue siendo un pequeño porcentaje sobre el global.

En su denominación se puede usar el término ansioso- evitativo, incluido en ambas clasificaciones internacionales.

Tabla 18. Evolución del número de ingresos hospitalarios por año con diagnóstico de Trastorno Evitativo de la Personalidad y porcentaje con respecto al global de Trastornos de la Personalidad.

1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
2	1	7	2	7	12	9	17	19	17
0,22	0,11	0,46	0,13	0,38	0,68	0,43	0,78	0,85	0,77

Gráfica 18. Evolución del porcentaje de ingresos hospitalarios por año con diagnóstico de Trastorno Evitativo de la Personalidad con respecto al global de Trastornos de la Personalidad



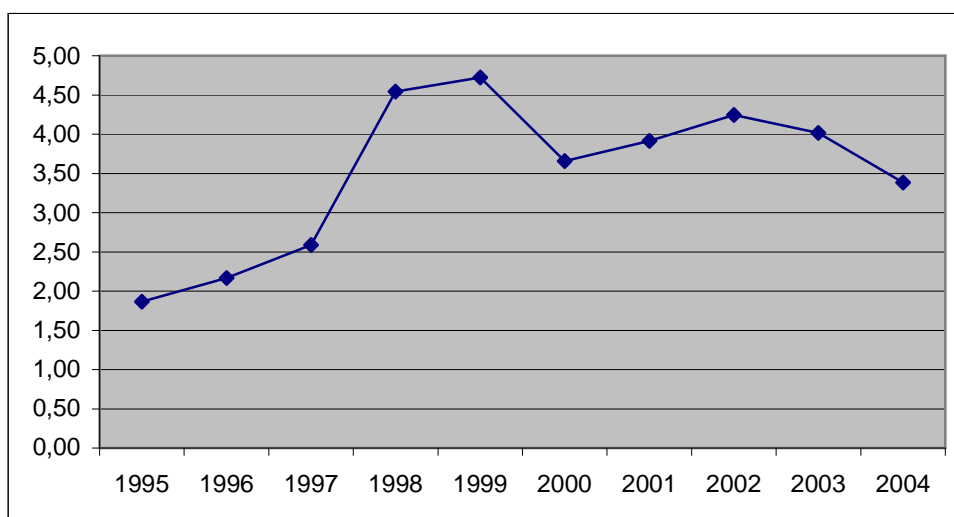
El patrón de ingresos de pacientes con diagnóstico de Trastorno Evitativo presenta fluctuaciones interanuales, pero similares a la gráfica anterior. A simple vista se evidencia el crecimiento, pero los valores finales siguen siendo un pequeño porcentaje, que no llega siquiera al 1 % del total.

TRASTORNO DEPENDIENTE DE PERSONALIDAD

Tabla 19. Evolución del número de pacientes hospitalizados por año con diagnóstico de Trastorno Dependiente de la Personalidad y porcentaje con respecto al global de Trastornos de la Personalidad.

1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
12	14	25	46	51	38	50	56	59	44
1,86	2,17	2,59	4,54	4,72	3,66	3,91	4,25	4,02	3,38

Gráfica 19. Evolución del porcentaje de pacientes hospitalizados por año con diagnóstico de Trastorno Dependiente de la Personalidad con respecto al global de Trastornos de la Personalidad



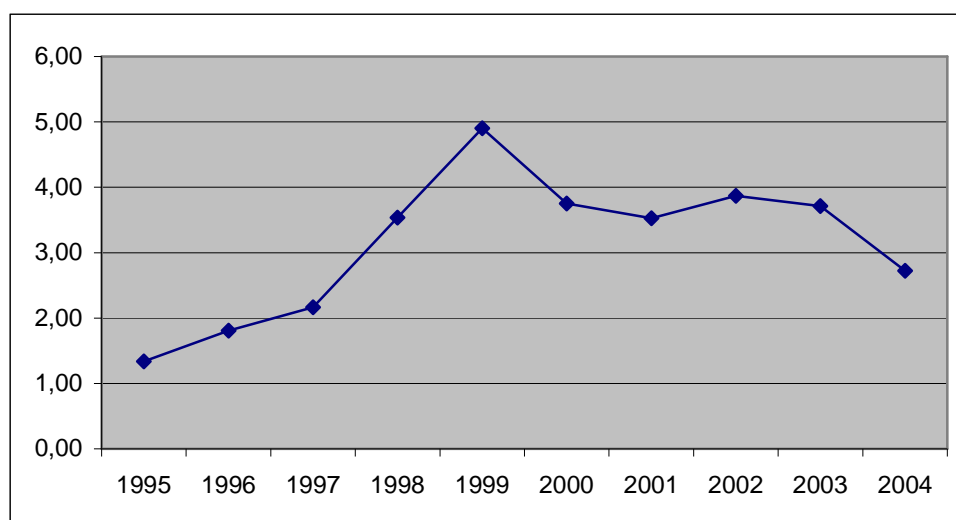
El porcentaje de pacientes con diagnóstico de Trastorno dependiente de personalidad parte de un bajo valor, estableciéndose una meseta en los años intermedios, para tener una caída en los últimos años.

Representa un escaso porcentaje en los valores globales de trastornos de personalidad ingresados en las Unidades de Hospitalización andaluzas.

Tabla 20. Evolución del número de ingresos hospitalarios por año con diagnóstico de Trastorno Dependiente de la Personalidad y porcentaje con respecto al global de Trastornos de la Personalidad.

1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
12	16	33	56	90	66	74	84	83	60
1,33	1,81	2,16	3,54	4,90	3,75	3,53	3,87	3,71	2,72

Gráfica 20. Evolución del porcentaje de ingresos hospitalarios por año con diagnóstico de Trastorno Dependiente de la Personalidad con respecto al global de Trastornos de la Personalidad



Los ingresos se comportan de igual manera, apareciendo el pico de incidencia en años intermedios, pero sin un patrón estable, y con valores pequeños dentro del global.

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO DE PERSONALIDAD

Tabla 21. Evolución del número de pacientes hospitalizados por año con diagnóstico de Trastorno Obsesivo-Compulsivo de la Personalidad y porcentaje con respecto al global de Trastornos de la Personalidad.

1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
18	10	32	23	30	22	31	29	28	36
2,80	1,55	3,31	2,27	2,78	2,12	2,43	2,20	1,91	2,77

Gráfica 21. Evolución del porcentaje de pacientes hospitalizados por año con diagnóstico de Trastorno Obsesivo-Compulsivo de la Personalidad con respecto al global de Trastornos de la Personalidad

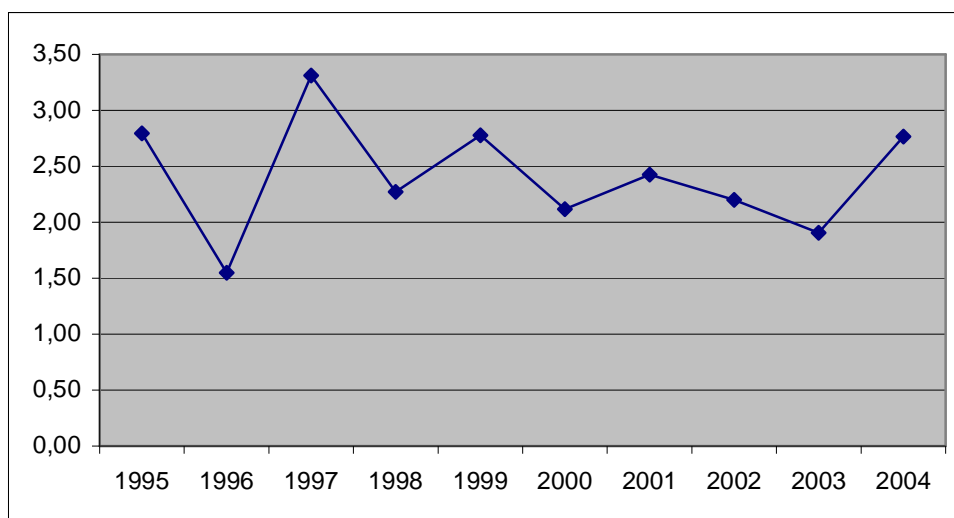
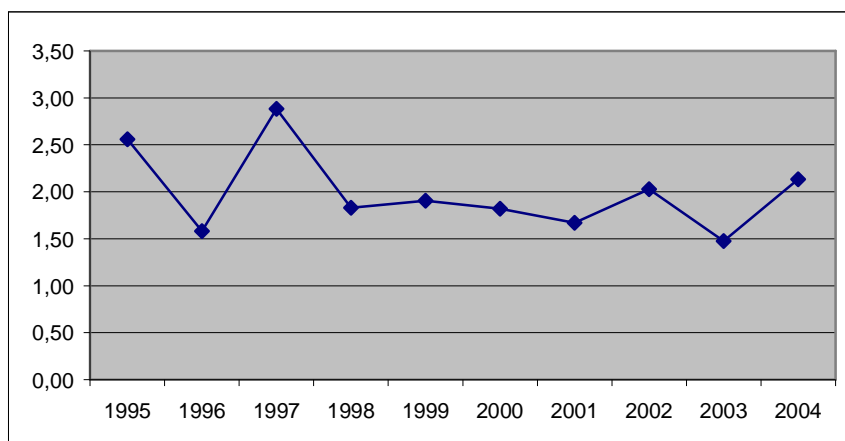


Tabla 22. Evolución del número de ingresos hospitalarios por año con diagnóstico de Trastorno Obsesivo-Compulsivo de la Personalidad y porcentaje con respecto al global de Trastornos de la Personalidad.

1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
23	14	44	29	35	32	35	44	33	47
2,56	1,58	2,88	1,83	1,91	1,82	1,67	2,03	1,48	2,13

Gráfica 22. Evolución del porcentaje de ingresos hospitalarios por año con diagnóstico de Trastorno Obsesivo-Compulsivo de la Personalidad con respecto al global de Trastornos de la Personalidad



Ambas gráficas, tanto de ingresos como de pacientes que reciben el diagnóstico de Trastorno Obsesivo Compulsivo tienen un patrón similar, con fluctuaciones interanuales, pero manteniéndose estable a lo largo del período estudiado.

OTROS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

Tabla 23. Evolución del número de pacientes hospitalizados por año con diagnóstico de Otros Trastornos de la Personalidad y porcentaje con respecto al global de Trastornos de la Personalidad.

1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
59	76	104	91	77	78	93	73	96	127
9,16	11,76	10,77	8,98	7,13	7,51	7,28	5,53	6,54	9,76

Gráfica 23. Evolución del porcentaje de pacientes hospitalizados por año con diagnóstico de Otros Trastornos de la Personalidad con respecto al global de Trastornos de la Personalidad

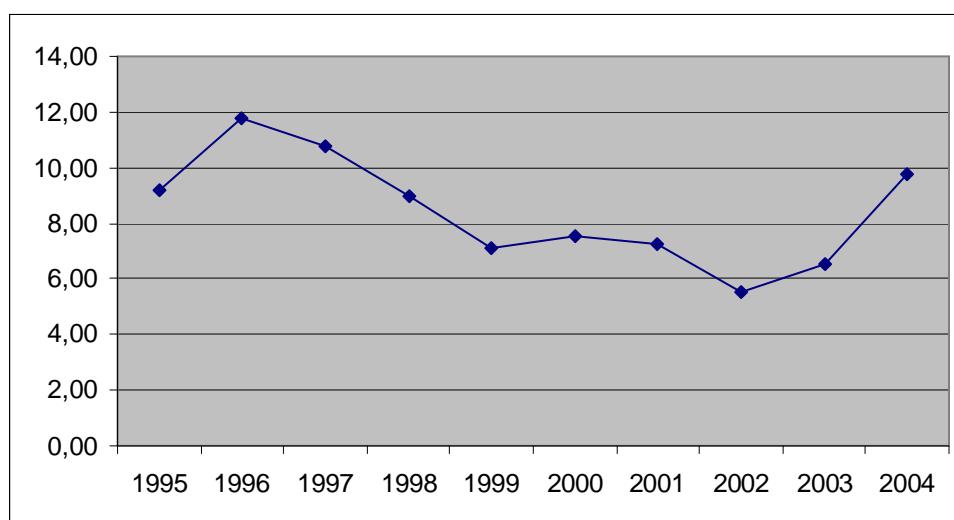
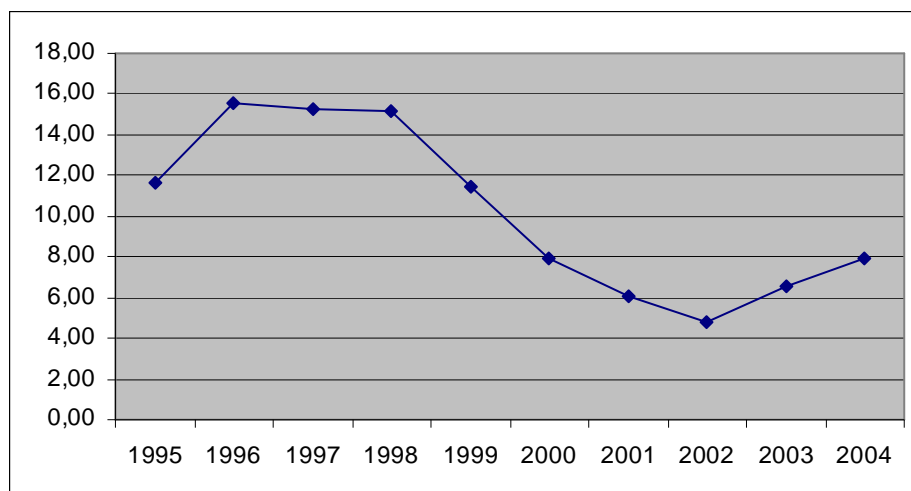


Tabla 24. Evolución del número de ingresos hospitalarios por año con diagnóstico de Otros Trastornos de la Personalidad y porcentaje con respecto al global de Trastornos de la Personalidad.

1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
105	138	233	240	210	140	127	105	146	174
11,68	15,58	15,27	15,15	11,44	7,95	6,05	4,84	6,53	7,90

Gráfica 24. Evolución del porcentaje de ingresos hospitalarios por año con diagnóstico de Otros Trastornos de la Personalidad con respecto al global de Trastornos de la Personalidad



En esta categoría residual se incluyen diagnósticos que no están englobados por las anteriores, pertenecientes a clasificaciones diagnósticas anteriores, como son:

Personalidad excéntrica.
Personalidad inestable.
Personalidad inmadura.
Personalidad pasivo-agresiva.
Personalidad psiconeurótica.
Trastorno narcisista de la personalidad.
Trastorno excéntrico de la personalidad.
Trastorno inestable de la personalidad.
Trastorno inmaduro de la personalidad.
Trastorno pasivo-agresivo de la personalidad.
Trastorno psiconeurótico de la personalidad.

Son un porcentaje alto, partiendo de cifras próximas al 10 %, que mantienen un porcentaje similar de pacientes en el período índice, y en el de ingresos experimentan un descenso

TRASTORNO DE PERSONALIDAD SIN ESPECIFICAR

Tabla 25. Evolución del número de pacientes hospitalizados por año con diagnóstico de Trastorno de la Personalidad Sin Especificar y porcentaje con respecto al global de Trastornos de la Personalidad.

1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
177	151	264	275	283	324	315	379	409	388
27,48	23,37	27,33	27,15	26,20	31,18	24,65	28,73	27,84	29,82

Gráfica 25. Evolución del porcentaje de pacientes hospitalizados por año con diagnóstico de Trastorno de la Personalidad Sin Especificar con respecto al global de Trastornos de la Personalidad

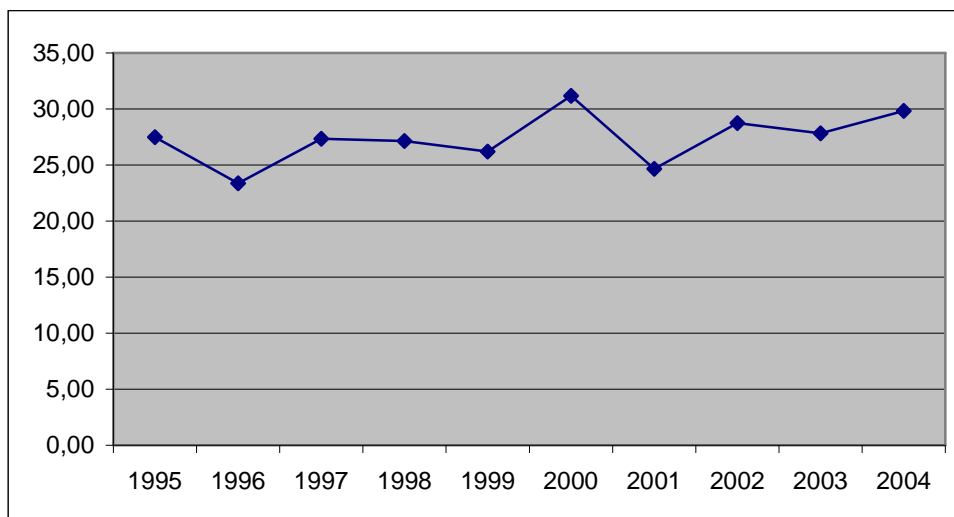
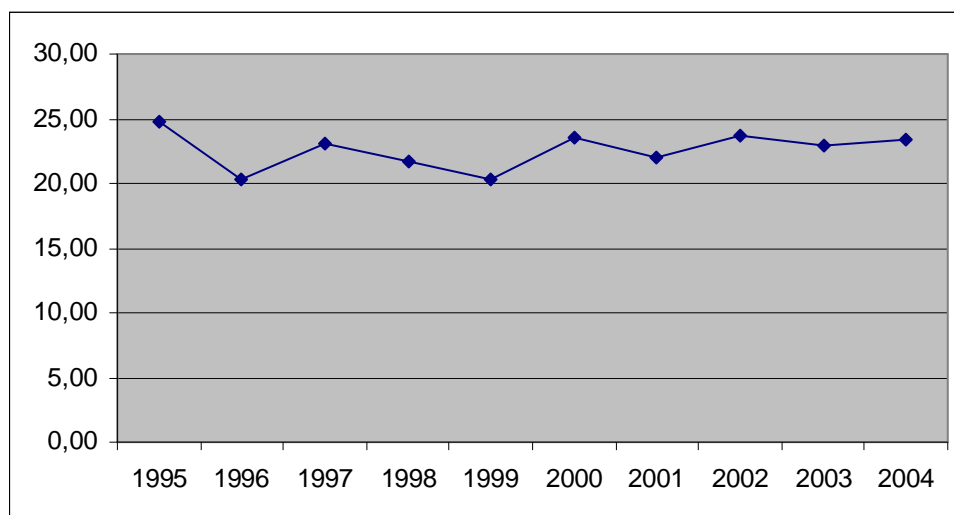


Tabla 26. Evolución del número de ingresos hospitalarios por año con diagnóstico de Trastorno de la Personalidad Sin Especificar y porcentaje con respecto al global de Trastornos de la Personalidad.

1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
223	180	352	343	372	415	463	513	512	514
24,81	20,32	23,07	21,65	20,26	23,58	22,07	23,64	22,89	23,34

Gráfica 26. Evolución del porcentaje de ingresos hospitalarios por año con diagnóstico de Trastorno de la Personalidad Sin Especificar con respecto al global de Trastornos de la Personalidad



Este diagnóstico engloba aquellos Trastornos de Personalidad que no cumplen criterios diagnósticos de ninguna de las categorías anteriores. Cabe destacar que representan un importante porcentaje, entorno a la cuarta parte de los pacientes y del número de ingresos, y a la vez con un comportamiento estable, como sería de esperar dentro de un diagnóstico de trastorno de personalidad.

La importancia y prevalencia de esta categoría, en principio prevista como residual, empieza a tener peso en la literatura científica, destacando incluso las posibles complicaciones y el pronóstico en este diagnóstico en pacientes en la comunidad (58).

Las categorías de Trastorno de personalidad sin Especificar y la de Otros Trastornos de Personalidad quedan como residuales y superponibles en las clasificaciones internacionales, sin embargo suponen un alto peso en la clínica hospitalaria, llegando entre ambas a suponer un tercio de los ingresos hospitalarios.

CAPITULO 5

Evolución de los Cluster de los Trastornos de la Personalidad

El DSM presenta además de la lista de 12 subcategorías una agrupación en cuatro subgrupos, fundamentados principalmente en similitudes descriptivas (59).

La organización en categorías más amplias (grupos o clusters) permite homogeneizar la diversidad diagnóstica entre los subtipos que compartan características similares en su concepto y definición.

El primer gran grupo es conocido como el Cluster A de personalidad. La característica principal que describe a estos trastornos, es su tendencia a ser extraños, excéntricos o diferentes con respecto a su medio, cultura o entorno. Podemos señalar que de todos los trastornos de la personalidad existentes, los pertenecientes al cluster A han sido en los que más marcadores biológicos se han encontrado y que nos permitirían explicar la predisposición para su presentación (60).

El segundo gran grupo dentro de los trastornos de la personalidad, son los comprendidos dentro del Cluster B de personalidad. Dichos trastornos tienden a ser dramáticos, excesivamente emotivos y erráticos en su comportamiento así como en sus emociones. Aquí es donde encontramos los trastornos de la personalidad que más atenciones les ha brindado desde el punto de vista de investigación y el que genera a su vez mayor carga asistencial y coste sanitario (61).

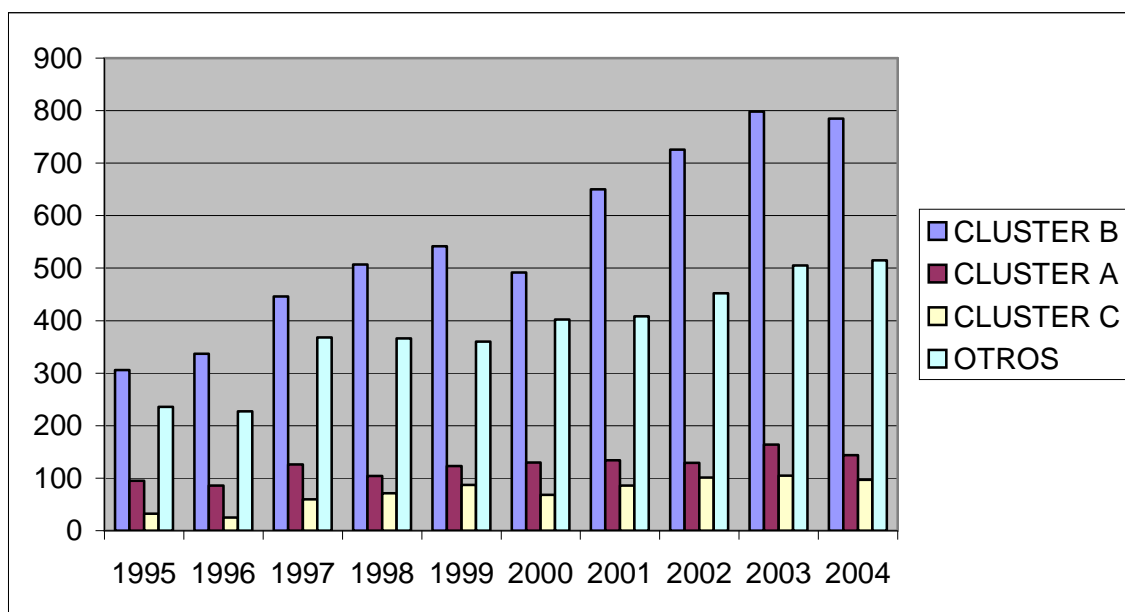
El último gran grupo de clasificación de los trastornos de la personalidad son los comprendidos en el Cluster C de Personalidad. Como rasgos característicos, todos estos trastornos comparten la ansiedad, característica que al ser un constante sentimiento de miedo o temor, hace que los sujetos se aíslen socialmente, se tornen susceptibles a múltiples quejas somáticas y tengan dificultad para controlar sus impulsos agresivos, cayendo por momentos en el extremo opuesto de pasividad.

Por el momento existen otros trastornos de la personalidad descritos en la literatura que aún están bajo revisión de comités especializados para tomar la decisión si dichos trastornos son representativos de la población general. Del mismo modo, algunos otros trastornos que ya estaban incluidos dentro de las clasificaciones mundiales también están siendo valorados pues probablemente su prevalencia sea más bien perteneciente a ciertas culturas o grupos más que a un modelo de personalidad característicos a través del mundo. En esta categoría residual también engloba a pacientes que cumple criterios diagnósticos de uno o varios trastornos de personalidad sin ser encuadrables en uno sólo. Es la categoría residual designada como Otros Trastornos de la Personalidad.

Tabla 27. Número de pacientes incluidos en cada Cluster a lo largo del período índice (1995-2004)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
CLUSTER B	306	337	446	507	542	492	650	726	798	785
CLUSTER A	95	86	126	104	123	130	134	129	164	144
CLUSTER C	32	25	60	71	87	68	86	101	105	97
OTROS	236	227	368	366	360	402	408	452	505	515

Gráfica 27. Evolución del número de pacientes incluidos en cada Cluster a lo largo del período índice (1995-2004)



En el gráfico de barras se evidencia la importancia del Cluster B y su gran crecimiento en números absolutos, de 306 pacientes en toda Andalucía, en un período de 10 años se registran más del doble, 785 pacientes.

El siguiente en importancia en números absolutos es el de Trastornos de personalidad sin especificar y otros, que duplica sus cifras en el período índice.

El Cluster A crecería en números absolutos sobre un 50%.

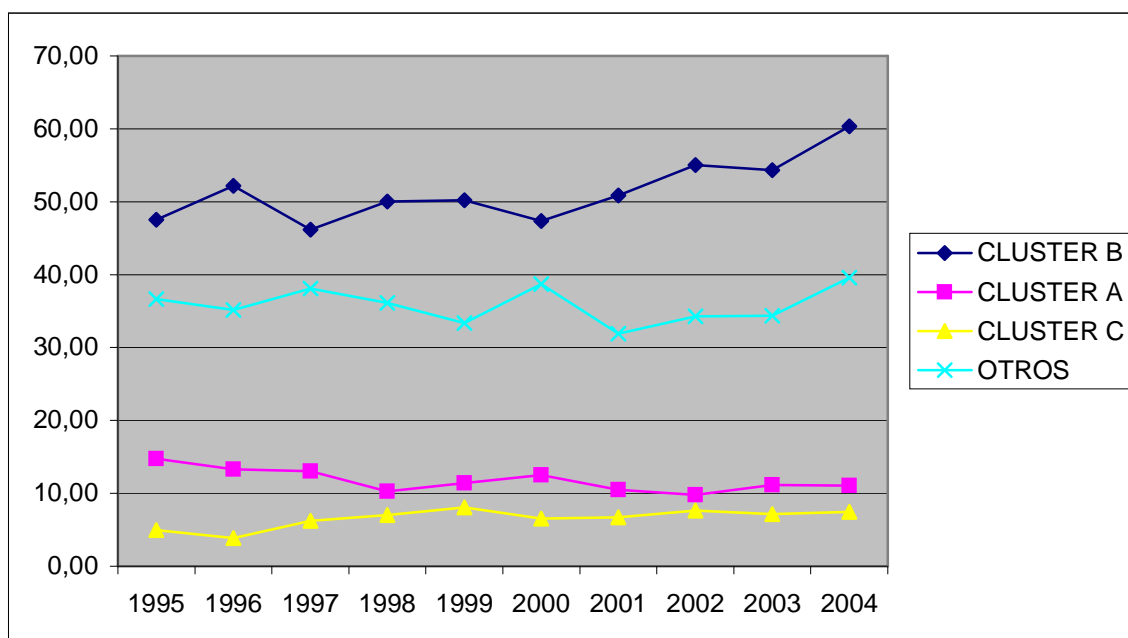
El Cluster C triplica sus cifras, aunque partiendo de un pequeño número.

Dado que se experimenta un crecimiento en el número de pacientes ingresados, así como en el número de ingresos por año, es preciso relativizar estas cifras y hablar de porcentajes, como se hace a continuación.

Tabla 29. Evolución del porcentaje de pacientes de cada cluster con respecto al global de pacientes hospitalizados con diagnóstico de Trastorno de la Personalidad

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
CLUSTER B	47,52	52,17	46,17	50,05	50,19	47,35	50,86	55,04	54,32	60,34
CLUSTER A	14,75	13,31	13,04	10,27	11,39	12,51	10,49	9,78	11,16	11,07
CLUSTER C	4,97	3,87	6,21	7,01	8,06	6,54	6,73	7,66	7,15	7,46
OTROS	36,65	35,14	38,10	36,13	33,33	38,69	31,92	34,27	34,38	39,58

Gráfico 29. Evolución del porcentaje de pacientes de cada cluster con respecto al global de pacientes hospitalizados con diagnóstico de Trastorno de la Personalidad



En el análisis de porcentajes por grupos diagnósticos el principal clúster y que experimenta un crecimiento importante es el clúster B, que va acaparando la mayor parte del peso en la clínica hospitalaria (62).

El Clúster A comprende una menor proporción, y además presenta una tendencia bastante sostenida a disminuir. Son considerados como precursores de trastornos psicóticos por lo que en futuras clasificaciones se debate su inclusión en ese grupo(63).

El Clúster C es el más minoritario de todos. Aunque está experimentando un crecimiento, continúa siendo un escaso porcentaje de los trastornos de personalidad. Las publicaciones actuales tienden a relacionarlo con los Trastornos de Ansiedad (64).

La categoría de Otros Trastornos de Personalidad es el grupo que mantiene cifras de pacientes y de ingresos más estables, representando incluso el segundo diagnóstico de Trastorno de Personalidad más frecuente, por debajo del Trastorno Límite de Personalidad. Ya en investigaciones previas se advertía de que potencialmente será un diagnóstico muy frecuente y que era precisa su conceptualización (65,66).

CAPITULO 6

Modelo de regresión lineal del porcentaje de pacientes hospitalizados con diagnóstico de Trastorno de la Personalidad

Las series temporales son muy usadas en los análisis estadísticos propios de la economía, pero hasta ahora han sido poco usadas en Epidemiología y Medicina (67-69)

El análisis estadístico analítico propuesto para este estudio consiste en una regresión lineal de la evolución de los porcentajes de pacientes ingresados a través de la secuencia temporal (1995-2004 10 años), cuya finalidad es obtener la recta de ajuste o línea de tendencia, que marca la evolución a lo largo de los años.

Adjunto a cada gráfica se añade el modelo ANOVA.

En la representación de los coeficientes, cabe destacar entre los coeficientes no estandarizados en la columna B, la pendiente de la recta y la constante, con los errores típicos de estimación

La línea de tendencia nos marca la evolución en el porcentaje de pacientes hospitalizados con al menos un diagnóstico de Trastorno de Personalidad en el período estudiado.

TP

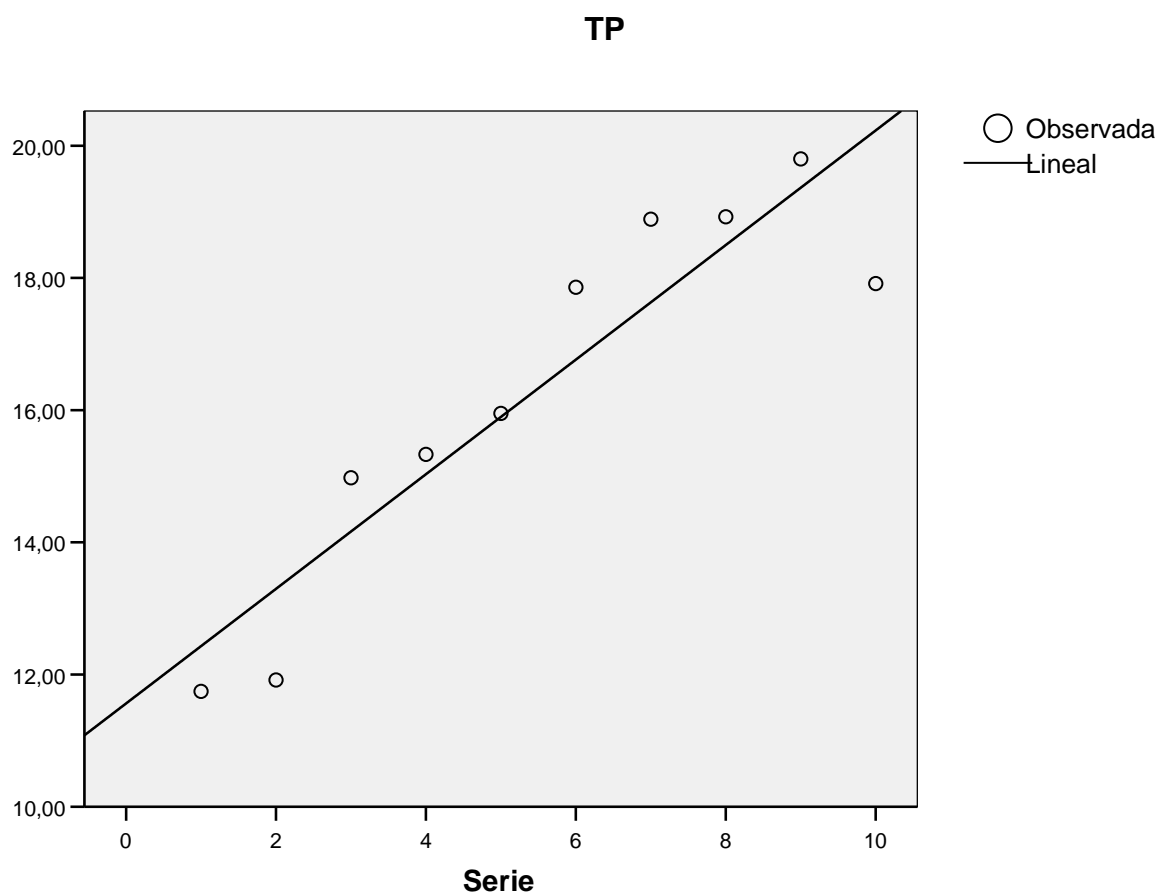
R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típico de la estimación
,918	,842	,822	1,206

ANOVA

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	61,997	1	61,997	42,599	,000
Residual	11,643	8	1,455		
Total	73,640	9			

Coefficientes

	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error típico	Beta		
Secuencia de casos (Constante)	,867 11,563	,133 ,824	,918	6,527 14,030	,000 ,000



Serie temporal:

0: 1994
1: 1995
2: 1996
3: 1997
4: 1998
5: 1999
6: 2000
7: 2001
8: 2002
9: 2003
10: 2004

Este modelo nos representa la tendencia al crecimiento experimentada en los trastornos de personalidad con respecto al global de diagnósticos.

Podemos observar que la tendencia es creciente y que este crecimiento se ajusta bastante a la línea de tendencia, con un modelo estadísticamente significativo.

Según este modelo lineal se aprecia la tendencia al incremento de pacientes hospitalizados diagnosticados de Trastorno de Personalidad en los años estudiados.

6.2 Modelos de Regresión Lineal para el porcentaje de pacientes incluidos en los Clusters de Trastornos de la Personalidad con respecto al global de Trastornos de Personalidad

ClusterB

Resumen del modelo

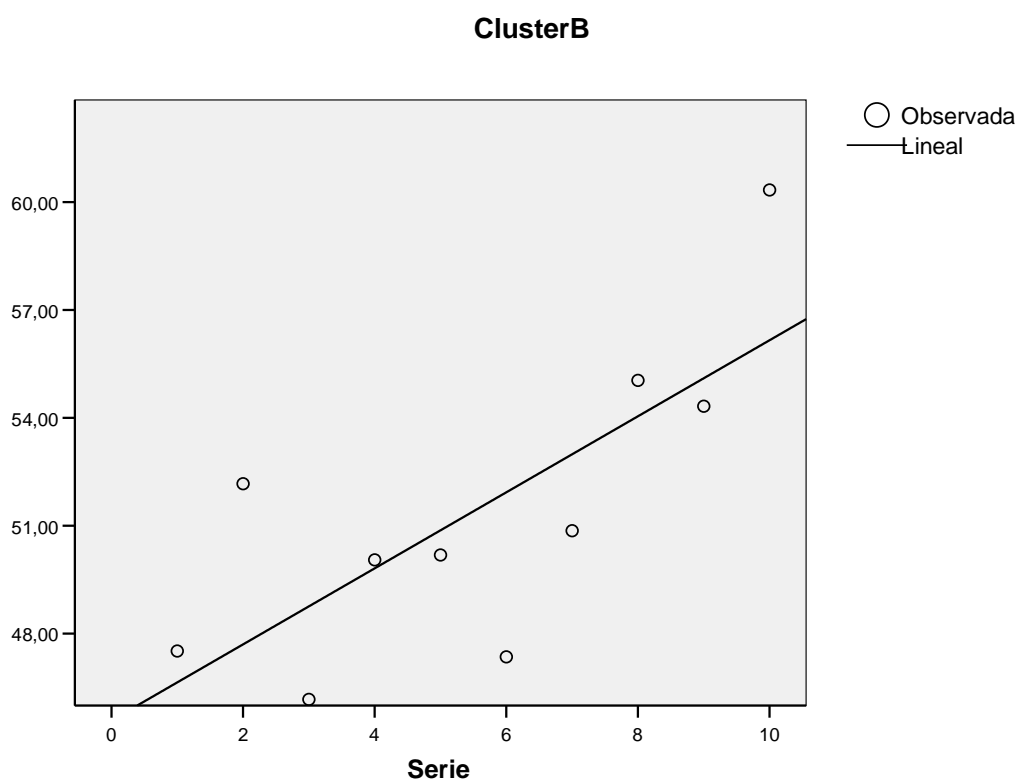
R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típico de la estimación
,748	,560	,505	3,010

ANOVA

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	92,225	1	92,225	10,181	,013
Residual	72,471	8	9,059		
Total	164,696	9			

Coefficientes

	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error típico	Beta		
Secuencia de casos (Constante)	1,057 45,585	,331 2,056	,748	3,191 22,171	,013 ,000



Serie temporal:

0: 1994
1: 1995
2: 1996
3: 1997
4: 1998
5: 1999
6: 2000
7: 2001
8: 2002
9: 2003
10: 2004

El análisis de la tendencia del Cluster B nos muestra una línea de tendencia claramente creciente, con una pendiente próxima a 1.

Se trataría de un crecimiento lineal del número de pacientes ingresados en las Unidades de hospitalización psiquiátrica de las categorías incluidas en este grupo.

ClusterA

Resumen del modelo

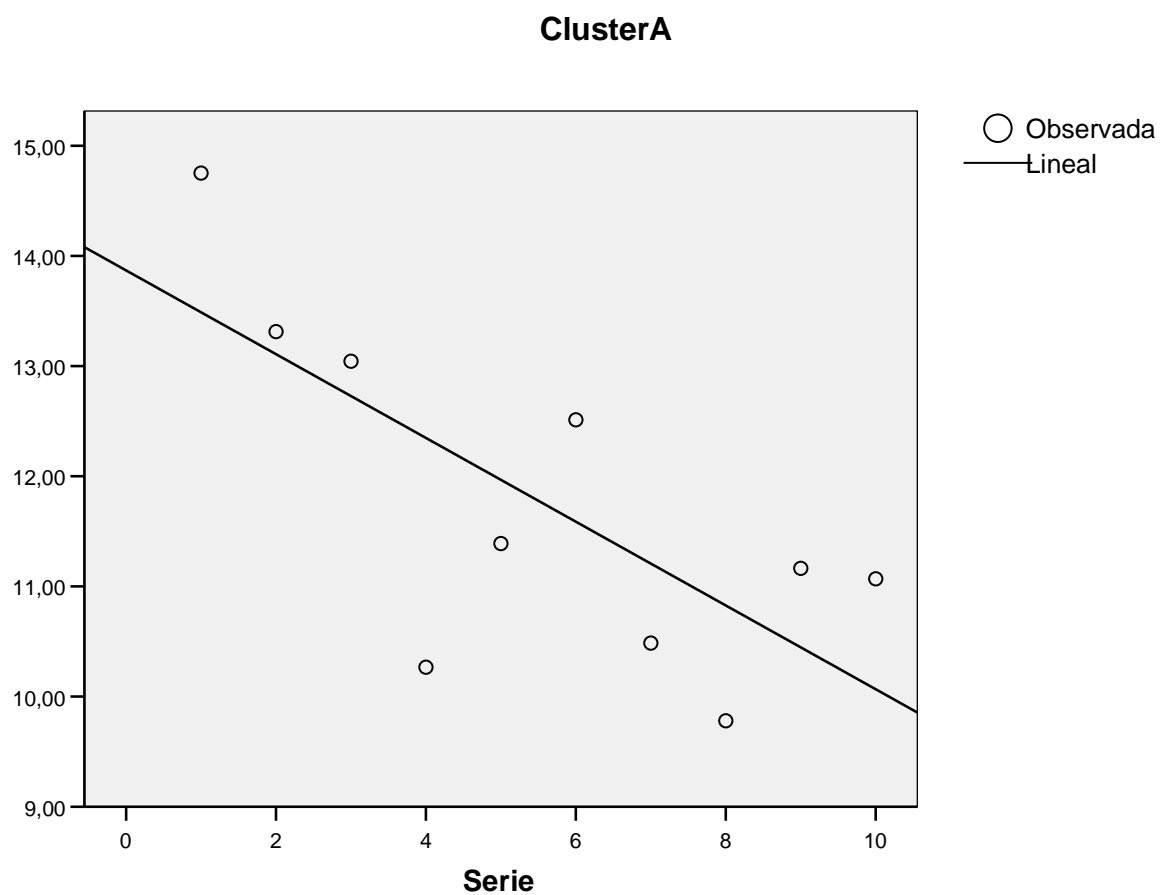
R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típico de la estimación
,731	,534	,476	1,140

ANOVA

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	11,923	1	11,923	9,177	,016
Residual	10,394	8	1,299		
Total	22,317	9			

Coefficientes

	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error típico	Beta		
Secuencia de casos (Constante)	-,380 13,868	,125 ,779	-,731	-3,029 17,810	,016 ,000



Serie temporal:

0: 1994
1: 1995
2: 1996
3: 1997
4: 1998
5: 1999
6: 2000
7: 2001
8: 2002
9: 2003
10: 2004

La serie temporal del Cluster A manifiesta una tendencia negativa.

En virtud a este modelo es posible estimar que esta categoría, que ya de por sí es un escaso porcentaje, tiende a desaparecer dentro de las clasificaciones de los trastornos de personalidad.

Como posibles explicaciones de este comportamiento serían un trasvase diagnóstico a categorías englobadas dentro de los trastornos psicóticos, como se pretende incluir en futuras clasificaciones diagnósticas.

Cluster C

Resumen del modelo

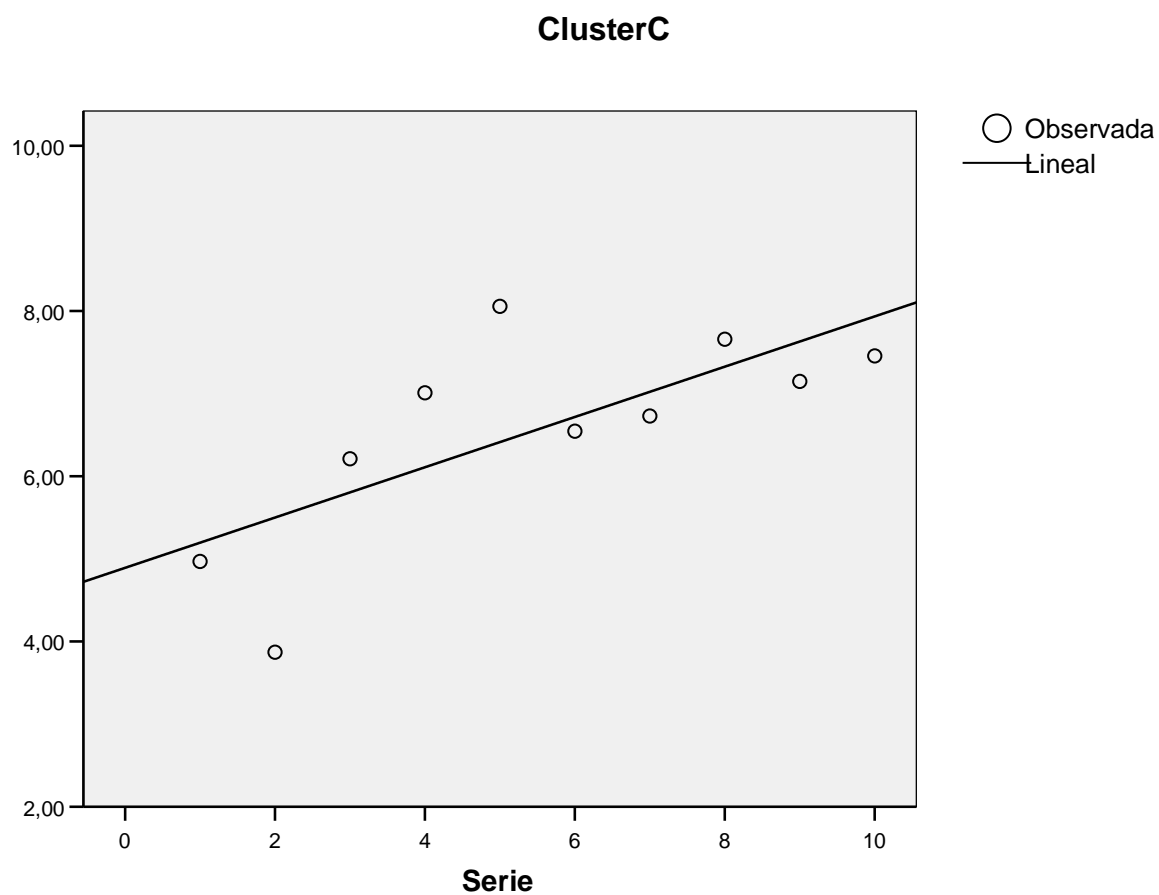
R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típico de la estimación
,721	,519	,459	,940

ANOVA

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	7,639	1	7,639	8,644	,019
Residual	7,070	8	,884		
Total	14,708	9			

Coefficientes

	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error típico	Beta		
Secuencia de casos (Constante)	,304 4,891	,103 ,642	,721	2,940 7,617	,019 ,000



Serie temporal:

0: 1994
1: 1995
2: 1996
3: 1997
4: 1998
5: 1999
6: 2000
7: 2001
8: 2002
9: 2003
10: 2004

El Cluster C experimenta una tendencia creciente aunque no tan pendiente como en el Cluster B.

Por otro lado estamos hablando de una categoría que aún englobando 3 subtipos diagnósticos al final de la serie es un escaso porcentaje del global.

Trastornos de Personalidad sin especificar y Otros

Resumen del modelo

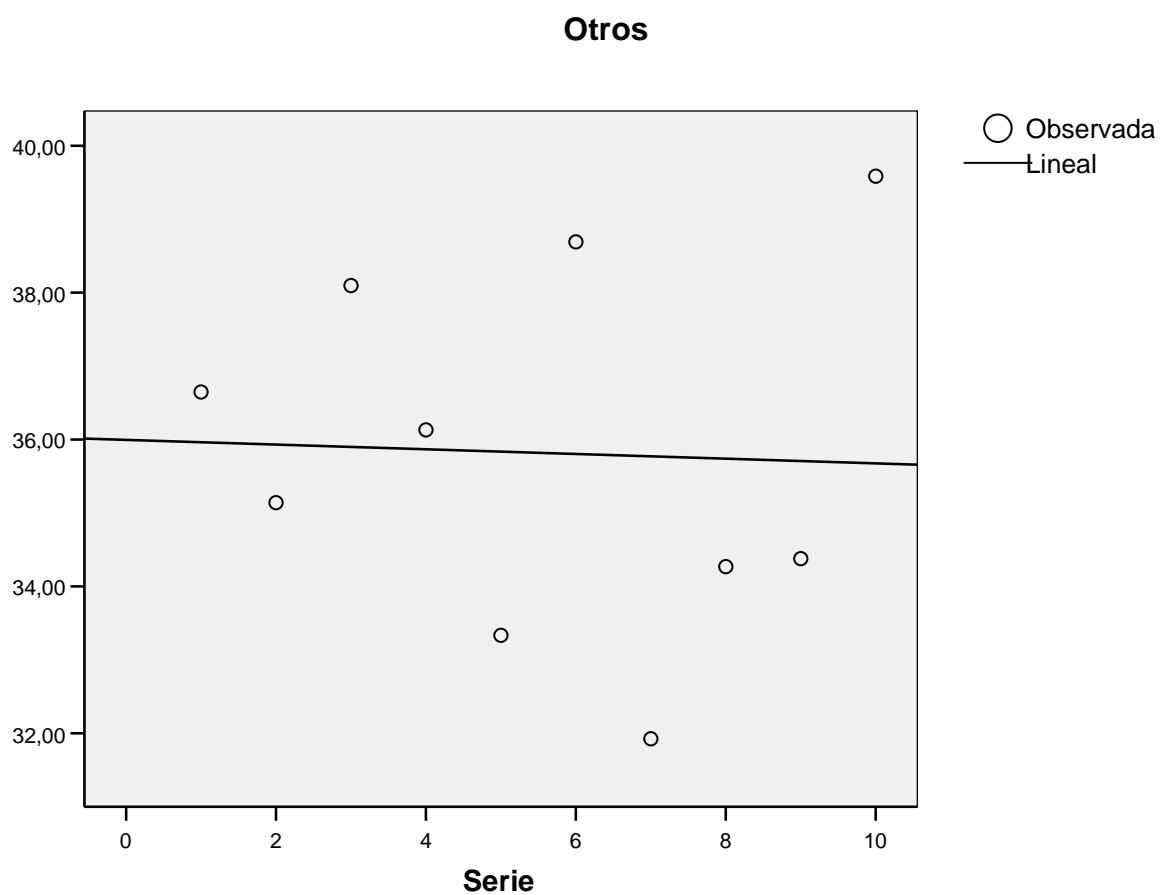
R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típico de la estimación
,039	,002	-,123	2,612

ANOVA

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	,084	1	,084	,012	,914
Residual	54,597	8	6,825		
Total	54,681	9			

Coefficientes

	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error típico	Beta		
Secuencia de casos (Constante)	-,032 35,995	,288 1,785	-,039	-,111 20,170	,914 ,000



Serie temporal:

- 0: 1994**
- 1: 1995**
- 2: 1996**
- 3: 1997**
- 4: 1998**
- 5: 1999**
- 6: 2000**
- 7: 2001**
- 8: 2002**
- 9: 2003**
- 10: 2004**

Cabe destacar que esta categoría residual manifiesta el comportamiento esperable de cualquier trastorno de personalidad (1), y es que su porcentaje con respecto al global de pacientes se mantenga estable a lo largo de la secuencia temporal, si bien con fluctuaciones interanuales, pero con tendencia próxima a 0, es decir, paralela al eje de abscisas.

Dentro de todos los subgrupos diagnósticos es el único que cumple las premisas de estabilidad y permanencia en el tiempo, además de suponer un altísimo porcentaje sobre el global, de hasta un tercera parte de todos los pacientes.

6.3. Modelos Predictivos a través de Regresión Lineal para el porcentaje de pacientes con subtipos diagnósticos de diagnóstico de Trastornos de la Personalidad con respecto al global de Trastornos de la Personalidad

En virtud al patrón de tendencia en la línea de secuencia temporal se clasificarán los distintos subtipos de Trastornos de Personalidad según su crecimiento sea positivo, negativo, o permanezca estable sin variaciones significativas.

Crecimiento positivo

TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD

Resumen del modelo

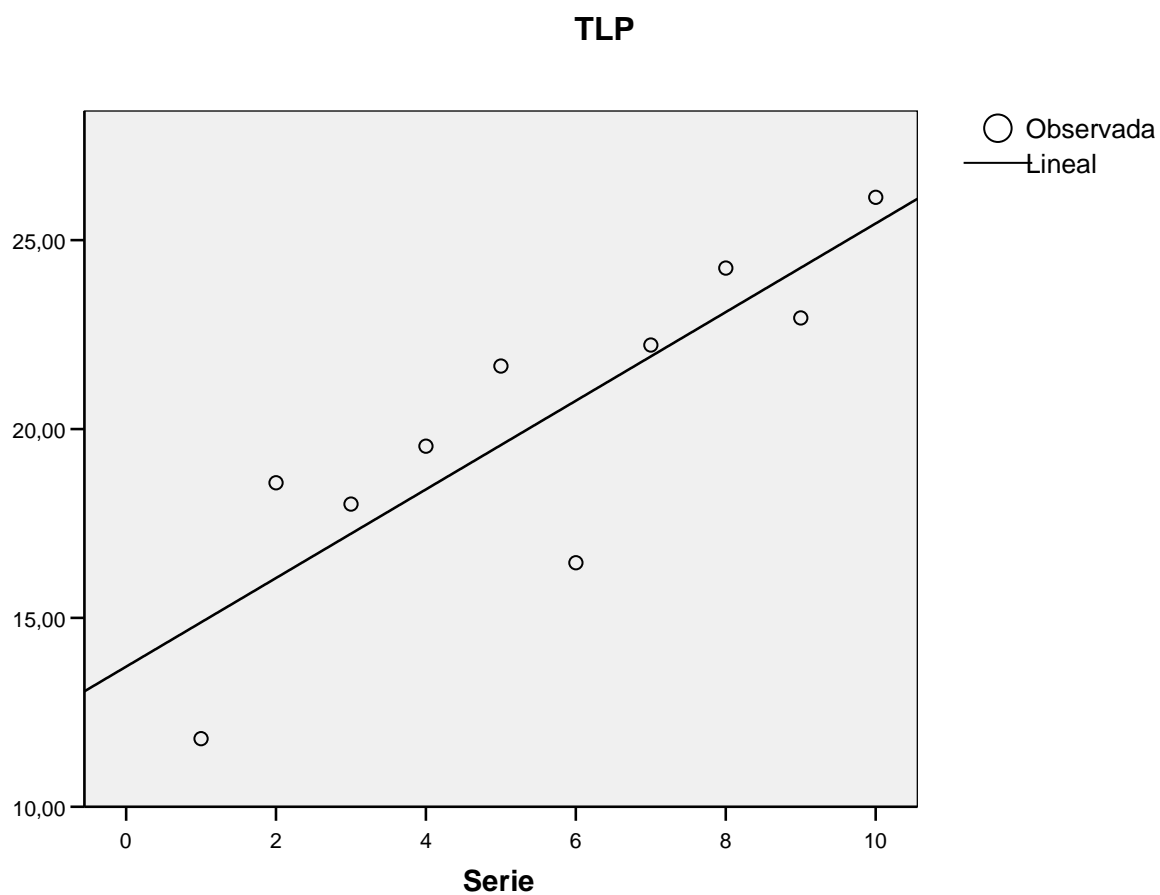
R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típico de la estimación
,848	,720	,685	2,352

ANOVA

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	113,590	1	113,590	20,541	,002
Residual	44,239	8	5,530		
Total	157,829	9			

Coefficientes

	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error típico	Beta		
Secuencia de casos (Constante)	1,173 13,708	,259 1,606	,848	4,532 8,533	,002 ,000



Serie temporal:

- 0: 1994**
- 1: 1995**
- 2: 1996**
- 3: 1997**
- 4: 1998**
- 5: 1999**
- 6: 2000**
- 7: 2001**
- 8: 2002**
- 9: 2003**
- 10: 2004**

TRASTORNO NARCISISTA DE PERSONALIDAD

Resumen del modelo

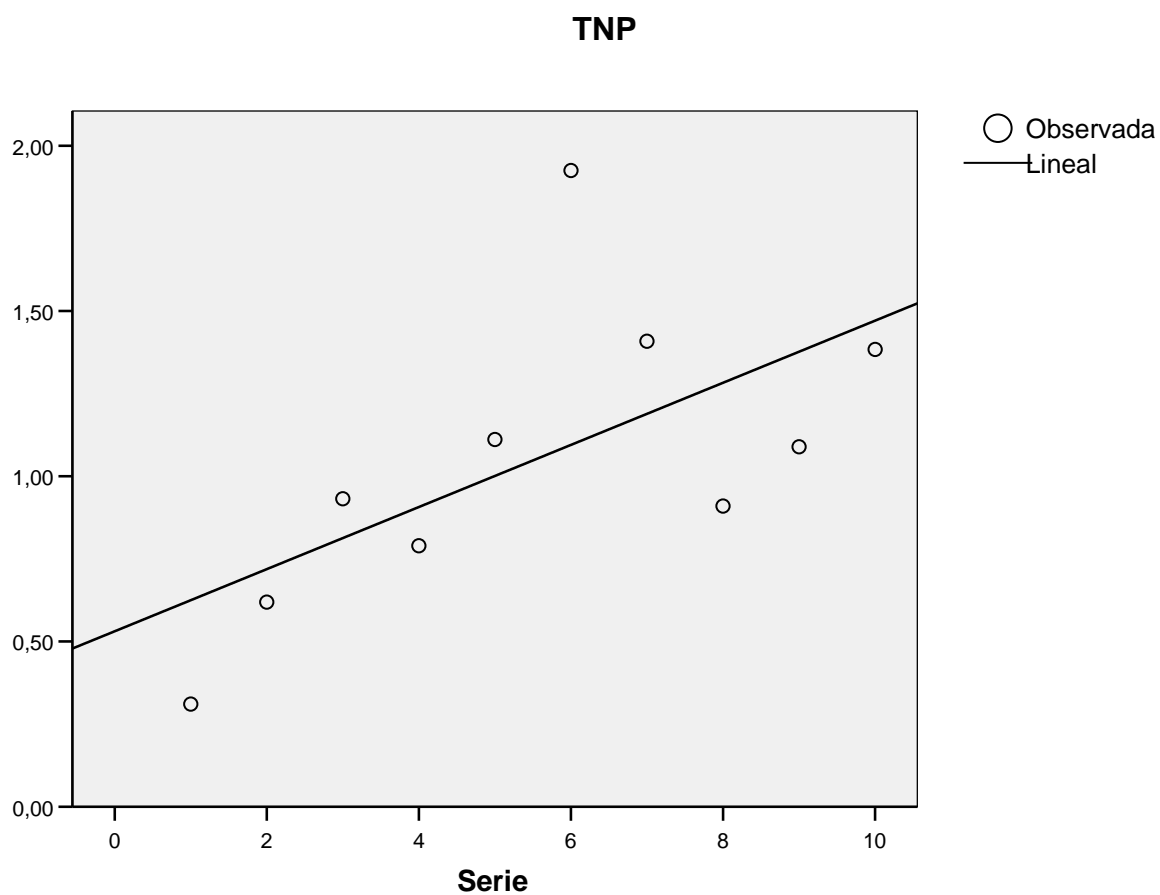
R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típico de la estimación
,629	,395	,320	,373

ANOVA

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	,729	1	,729	5,226	,052
Residual	1,116	8	,139		
Total	1,844	9			

Coefficientes

	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error típico	Beta		
Secuencia de casos (Constante)	,094 ,531	,041 ,255	,629	2,286 2,081	,052 ,071



Serie temporal:

- 0: 1994**
- 1: 1995**
- 2: 1996**
- 3: 1997**
- 4: 1998**
- 5: 1999**
- 6: 2000**
- 7: 2001**
- 8: 2002**
- 9: 2003**
- 10: 2004**

TRASTORNO EVITATIVO DE PERSONALIDAD

Resumen del modelo

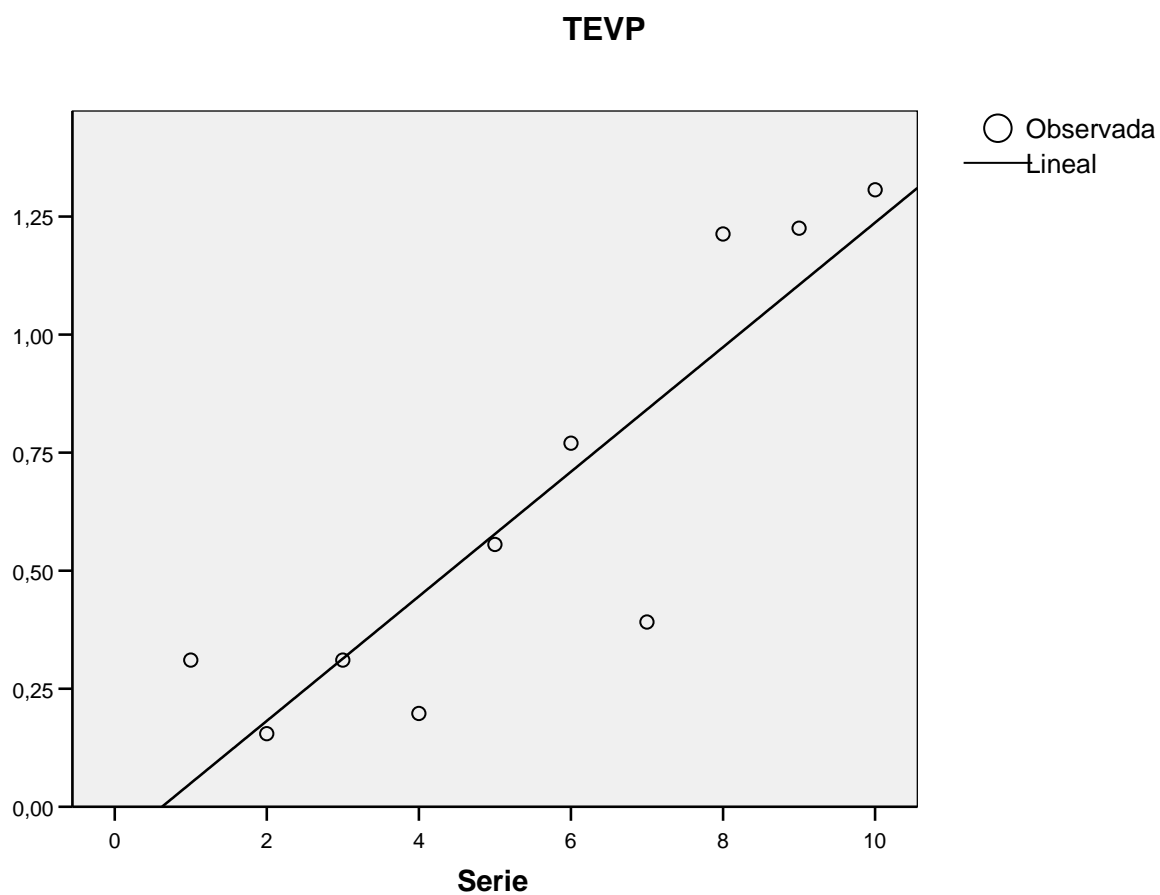
R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típico de la estimación
,881	,776	,748	,227

ANOVA

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	1,436	1	1,436	27,757	,001
Residual	,414	8	,052		
Total	1,850	9			

Coefficientes

	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error típico	Beta		
Secuencia de casos (Constante)	,132 -,082	,025 ,155	,881	5,269 -,528	,001 ,612



Serie temporal:

0: 1994
1: 1995
2: 1996
3: 1997
4: 1998
5: 1999
6: 2000
7: 2001
8: 2002
9: 2003
10: 2004

TRASTORNO DEPENDIENTE DE PERSONALIDAD

Resumen del modelo

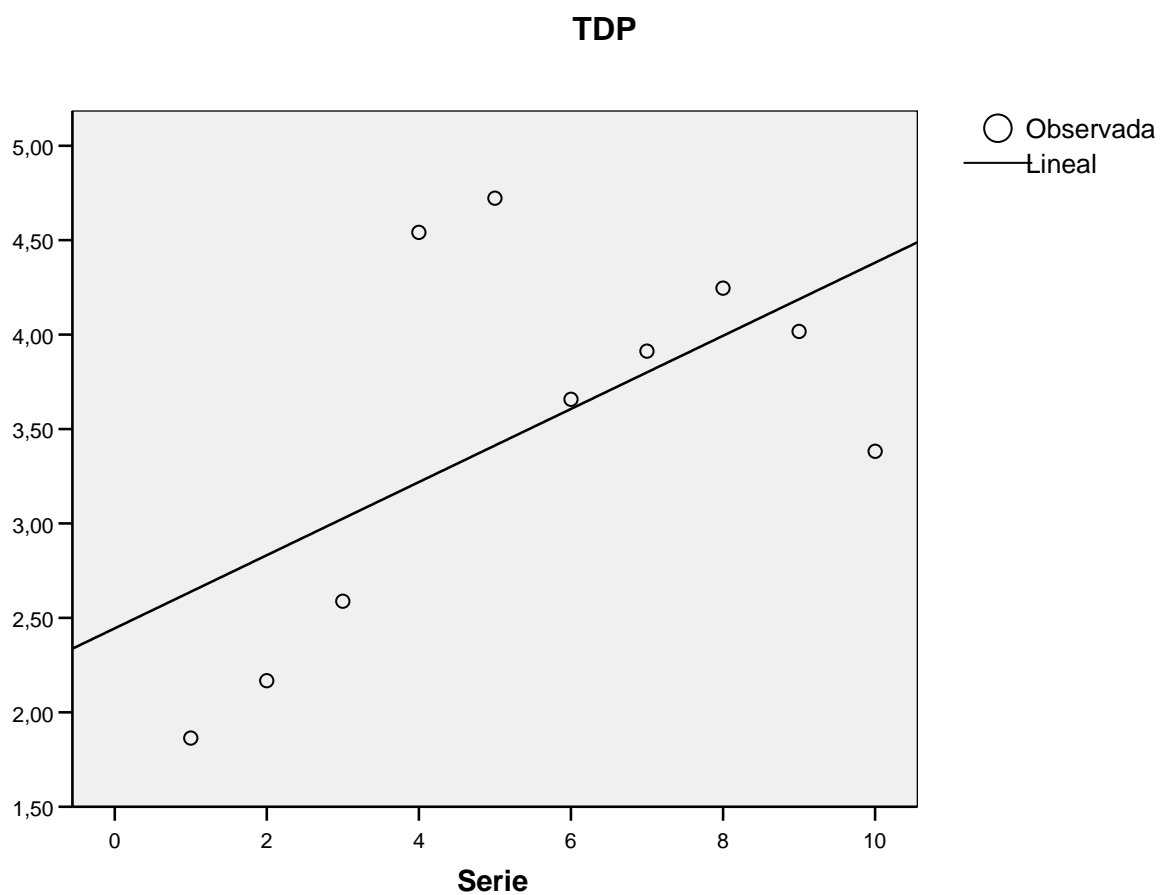
R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típico de la estimación
,590	,348	,266	,852

ANOVA

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	3,093	1	3,093	4,266	,073
Residual	5,801	8	,725		
Total	8,895	9			

Coefficientes

	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error típico	Beta		
Secuencia de casos (Constante)	,194	,094	,590	2,065	,073
	2,445	,582		4,202	,003



Serie temporal:

0: 1994

1: 1995

2: 1996

3: 1997

4: 1998

5: 1999

6: 2000

7: 2001

8: 2002

9: 2003

10: 2004

ESTABLES

TRASTORNO ANTISOCIAL DE PERSONALIDAD

Resumen del modelo

R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típico de la estimación
,092	,009	-,115	1,679

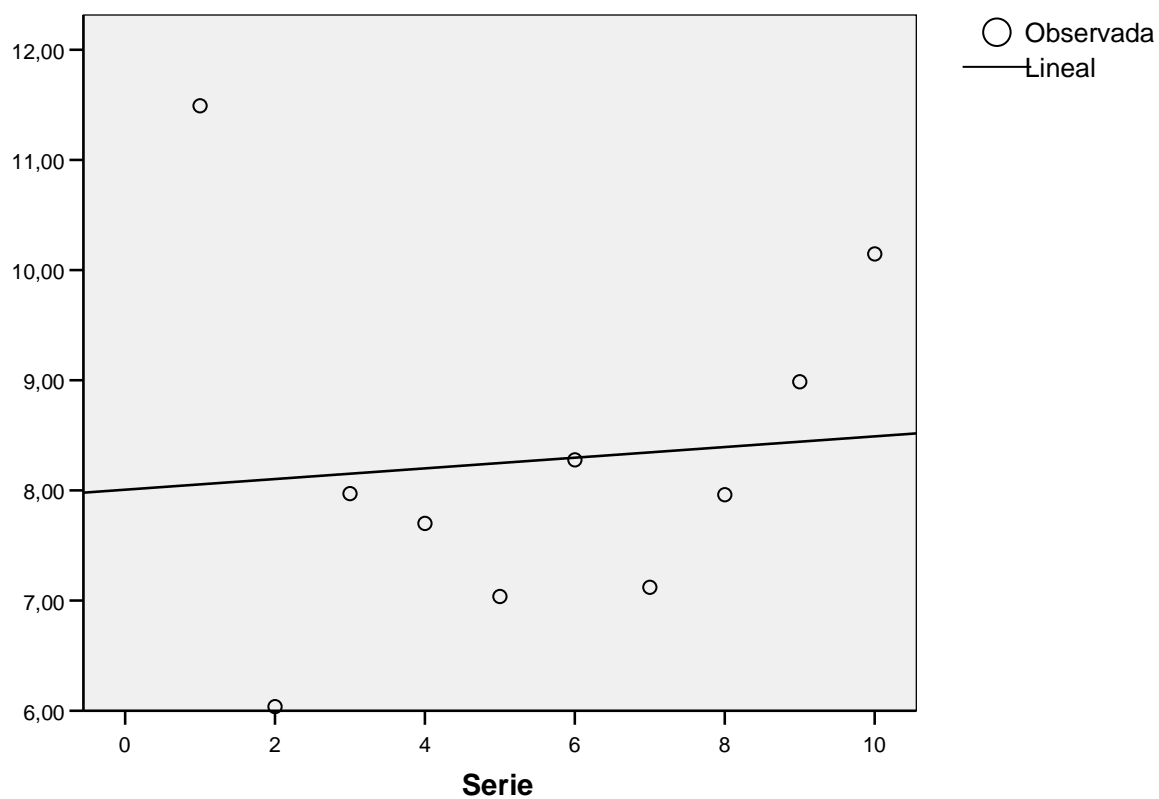
ANOVA

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	,193	1	,193	,069	,800
Residual	22,549	8	2,819		
Total	22,742	9			

Coefficientes

	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error típico	Beta		
Secuencia de casos (Constante)	,048 8,006	,185 1,147	,092	,262 6,981	,800 ,000

TAP



Serie temporal:

- 0: 1994
- 1: 1995
- 2: 1996
- 3: 1997
- 4: 1998
- 5: 1999
- 6: 2000
- 7: 2001
- 8: 2002
- 9: 2003
- 10: 2004

TRASTORNO ESQUIZOIDE DE PERSONALIDAD

Resumen del modelo

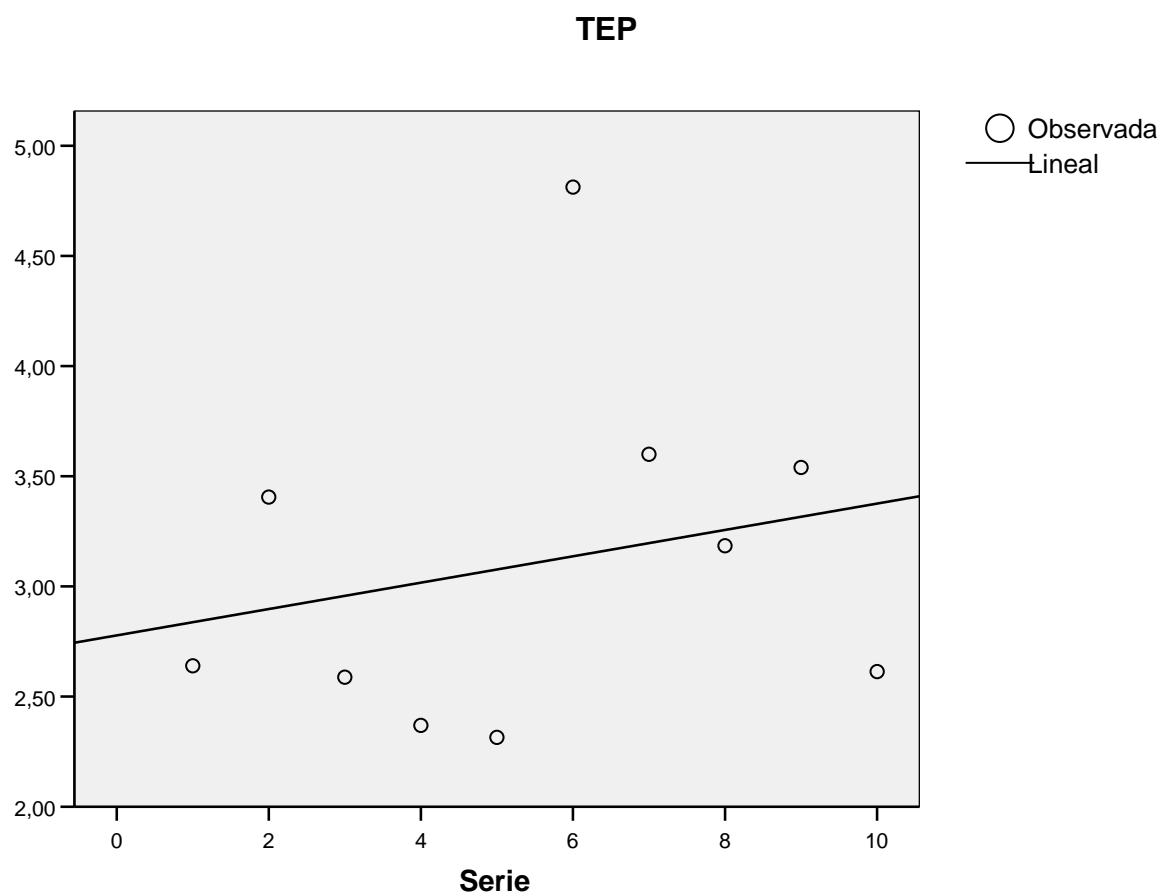
R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típico de la estimación
,235	,055	-,063	,794

ANOVA

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	,295	1	,295	,469	,513
Residual	5,041	8	,630		
Total	5,336	9			

Coefficientes

	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error típico	Beta		
Secuencia de casos (Constante)	,060 2,778	,087 ,542	,235	,685 5,122	,513 ,001



Serie temporal:

0: 1994
1: 1995
2: 1996
3: 1997
4: 1998
5: 1999
6: 2000
7: 2001
8: 2002
9: 2003
10: 2004

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO DE PERSONALIDAD

Resumen del modelo

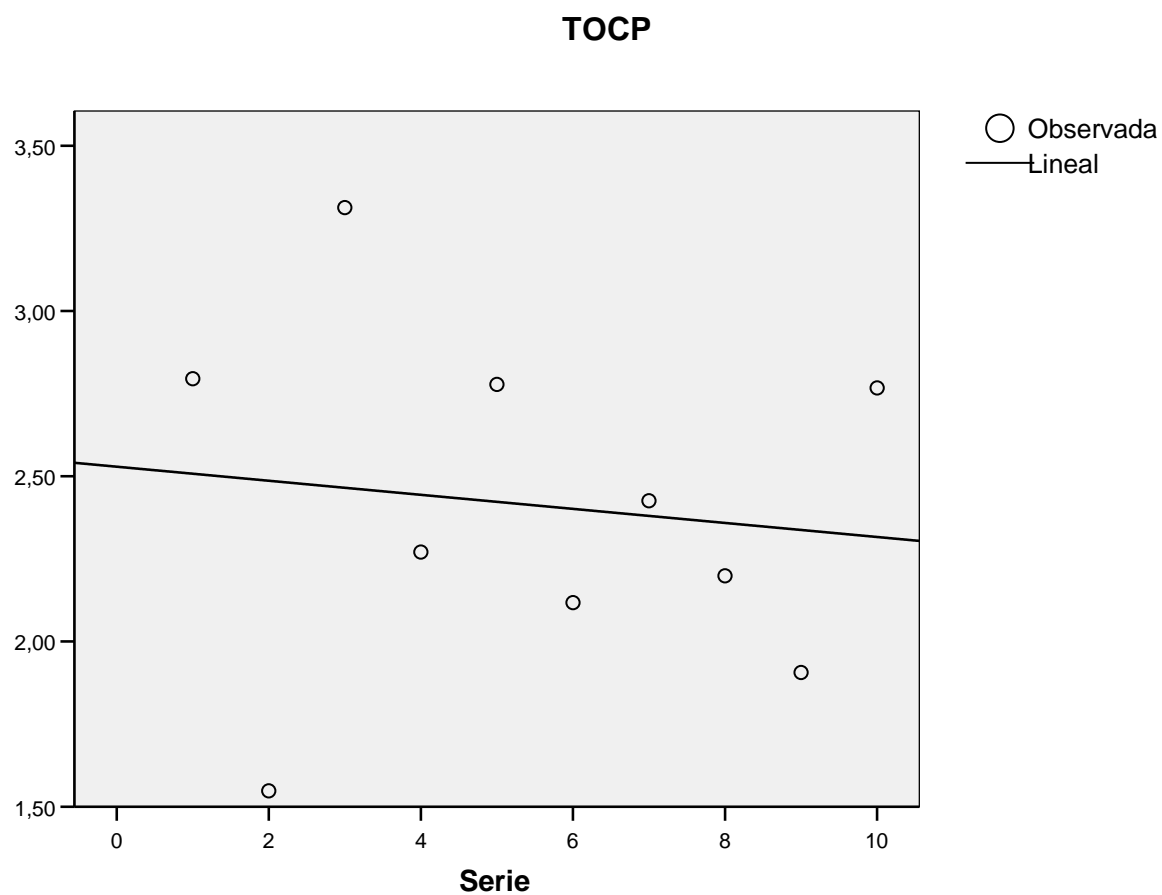
R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típico de la estimación
,125	,016	-,107	,540

ANOVA

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	,037	1	,037	,128	,730
Residual	2,335	8	,292		
Total	2,373	9			

Coefficientes

	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error típico	Beta		
Secuencia de casos (Constante)	-,021 2,529	,059 ,369	-,125	-,358 6,851	,730 ,000



Serie temporal:

- 0: 1994**
- 1: 1995**
- 2: 1996**
- 3: 1997**
- 4: 1998**
- 5: 1999**
- 6: 2000**
- 7: 2001**
- 8: 2002**
- 9: 2003**
- 10: 2004**

Trastornos de Personalidad sin especificar

Resumen del modelo

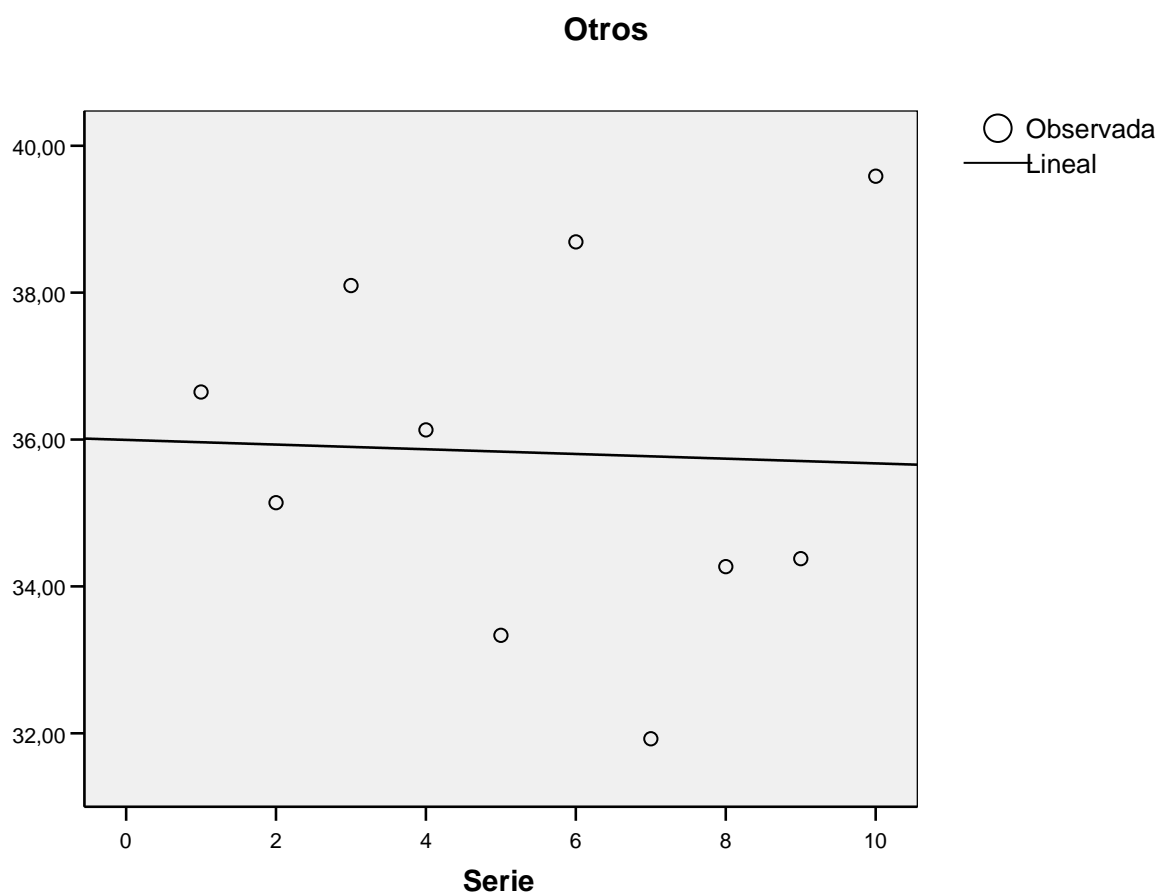
R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típico de la estimación
,039	,002	-,123	2,612

ANOVA

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	,084	1	,084	,012	,914
Residual	54,597	8	6,825		
Total	54,681	9			

Coefficientes

	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error típico	Beta		
Secuencia de casos (Constante)	-,032 35,995	,288 1,785	-,039	-,111 20,170	,914 ,000



Serie temporal:

0: 1994
1: 1995
2: 1996
3: 1997
4: 1998
5: 1999
6: 2000
7: 2001
8: 2002
9: 2003
10: 2004

CRECIMIENTO NEGATIVO

TRASTORNO HISTRIONICO DE PERSONALIDAD

Resumen del modelo

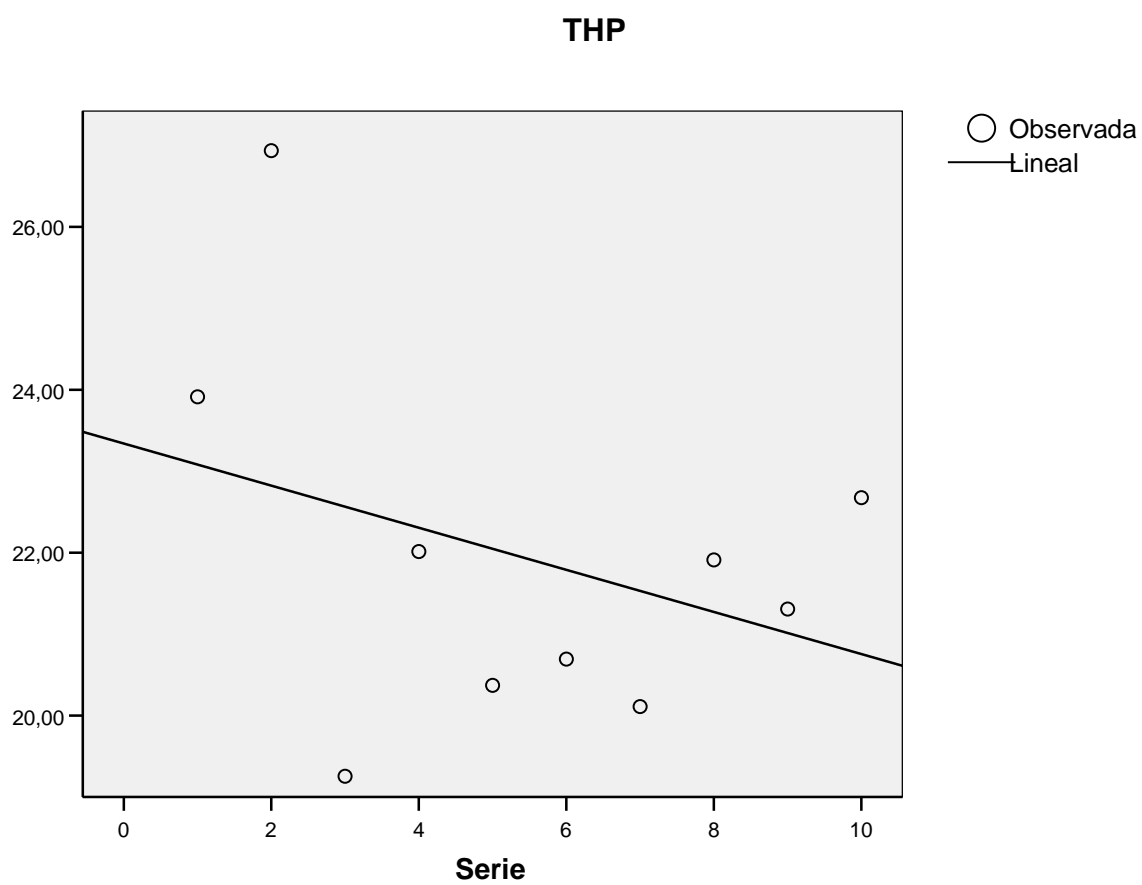
R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típico de la estimación
,352	,124	,015	2,204

ANOVA

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	5,512	1	5,512	1,135	,318
Residual	38,853	8	4,857		
Total	44,365	9			

Coefficientes

	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error típico	Beta		
Secuencia de casos (Constante)	-,258 23,340	,243 1,505	-,352	-1,065 15,503	,318 ,000



Serie temporal:

- 0: 1994**
- 1: 1995**
- 2: 1996**
- 3: 1997**
- 4: 1998**
- 5: 1999**
- 6: 2000**
- 7: 2001**
- 8: 2002**
- 9: 2003**
- 10: 2004**

TRASTORNO PARANOIDE DE PERSONALIDAD

Resumen del modelo

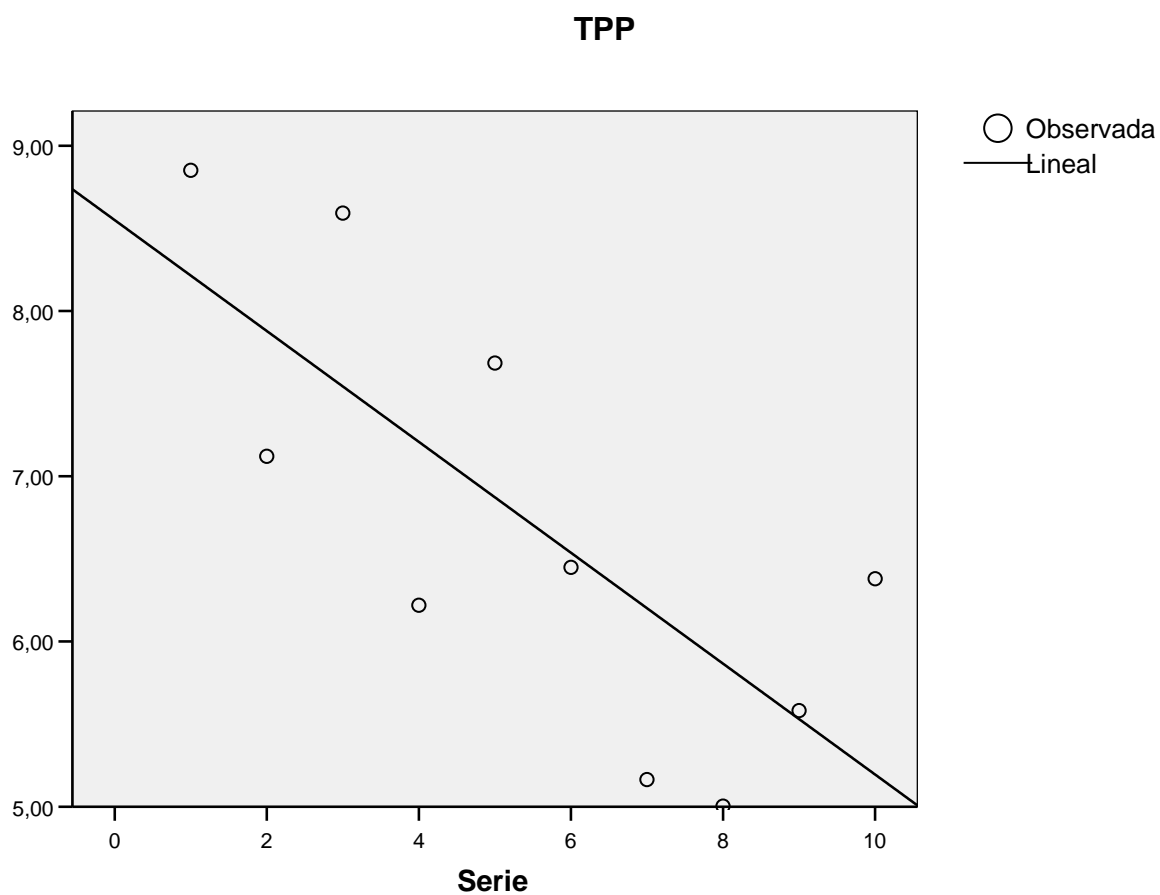
R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típico de la estimación
,756	,572	,518	,932

ANOVA

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	9,285	1	9,285	10,687	,011
Residual	6,951	8	,869		
Total	16,236	9			

Coefficientes

	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error típico	Beta		
Secuencia de casos (Constante)	-,335 8,550	,103 ,637	-,756	-3,269 13,427	,011 ,000



Serie temporal:

- 0: 1994**
- 1: 1995**
- 2: 1996**
- 3: 1997**
- 4: 1998**
- 5: 1999**
- 6: 2000**
- 7: 2001**
- 8: 2002**
- 9: 2003**
- 10: 2004**

TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO DE PERSONALIDAD

Resumen del modelo

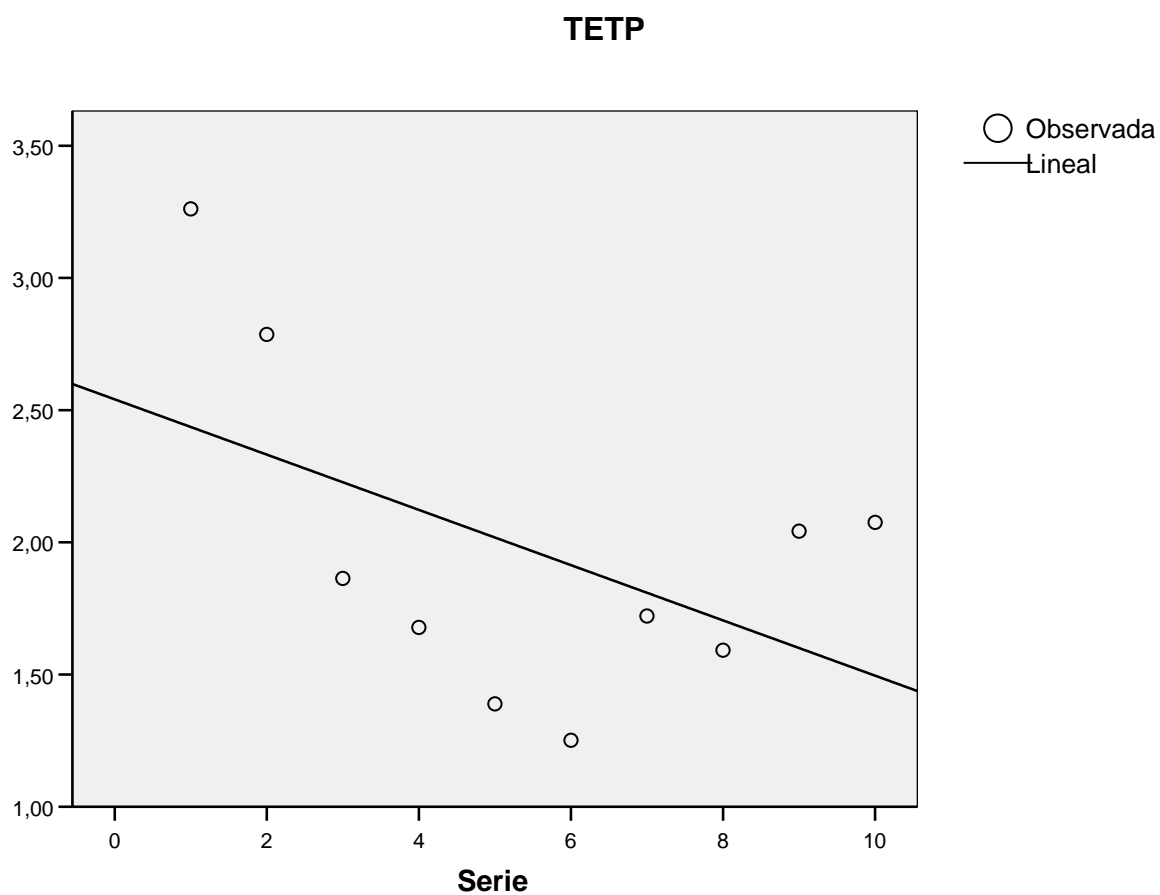
R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típico de la estimación
,507	,257	,164	,570

ANOVA

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	,901	1	,901	2,769	,135
Residual	2,603	8	,325		
Total	3,504	9			

Coefficientes

	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error típico	Beta		
Secuencia de casos (Constante)	-,105 2,541	,063 ,390	-,507	-1,664 6,520	,135 ,000



Serie temporal:

- 0: 1994**
- 1: 1995**
- 2: 1996**
- 3: 1997**
- 4: 1998**
- 5: 1999**
- 6: 2000**
- 7: 2001**
- 8: 2002**
- 9: 2003**
- 10: 2004**

Según el crecimiento estimado y esperable de cada subtipo diagnóstico de Trastornos de Personalidad pueden clasificarse de la siguiente manera:

CRECIMIMIENTO POSITIVO:

Trastorno Límite de Personalidad
Trastorno Ansioso-Evitativo de Personalidad
Trastorno Dependiente de Personalidad

ESTABLES

Trastorno de Personalidad sin especificar
Trastorno Antisocial de Personalidad
Trastorno Esquizoide de Personalidad
Trastorno Obsesivo-Compulsivo de Personalidad

CRECIMIENTO NEGATIVO

Trastorno Histriónico de Personalidad
Trastorno Paranoide de Personalidad
Trastorno Esquizotípico de Personalidad

CAPITULO 7

DISCUSIÓN

El presente estudio ha contado con la oportunidad de usar una potente base de datos, el CMBD.

Los centros del Sistema Sanitario Público Andaluz tienen la obligación de generar un registro en el CMBD por cada alta producida en los ámbitos de hospitalización, garantizando el hospital la fiabilidad de los datos que recoge el CMBD. A su vez, se complementa con los procesos de evaluación de Servicios Centrales que garantizan la calidad de la información recogida. Existe además una Comisión de Análisis y Seguimiento del CMBD que asesora, facilita e implanta y valora la información producida.

Este análisis del CMBD recoge el total de población hospitalaria de una amplia zona geográfica con similares características socioeconómicas y con igual accesibilidad al Sistema Sanitario Público, a lo largo de un extenso período temporal, lo que permite la recogida y estudio de 100.000 registros aproximadamente.

Las variables recogidas en esta base de datos no son muy numerosas, aunque sí suficientes para un análisis de variables clínicas, diagnósticas y epidemiológicas. Por otro lado ofrecen una alta fiabilidad y validez, que le dan robustez al estudio de las mismas.

En un inicio se ha centrado el interés en el estudio de los Trastornos de Personalidad, pero se abre una muy interesante línea en la que se puede analizar el factor de la comorbilidad diagnóstica (psiquiátrica o con otras enfermedades medico-quirúrgicas).

1. LA HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA EN ANDALUCIA

En Junio de 1984 el Parlamento de Andalucía aprobó la Ley de creación del Instituto Andaluz de Salud Mental (70,71), lo cual inició la Reforma Psiquiátrica Andaluza: Ello permitió que se pusieran en marcha toda una serie de iniciativas por parte de la Administración Sanitaria que perseguían acabar con la situación de la atención psiquiátrica existente hasta ese momento; dispersión de la responsabilidad de la asistencia entre cinco administraciones distintas, existencia de marcadas desigualdades dentro del territorio de la Comunidad Autónoma, separación de la atención psiquiátrica del resto del sistema sanitario y estructuración de los ejes de la asistencia en base a dos dispositivos claramente anacrónicos: A nivel ambulatorio las consultas de neuropsiquiatría, y a nivel hospitalario los ocho hospitales psiquiátricos provinciales (72).

Se creó una nueva red pública de servicios de Salud Mental de orientación comunitaria, integrada en el Servicio Andaluz de Salud: Han desapareciendo los Hospitales Psiquiátricos, se han desarrollado nuevos

modelos de intervención y se ha establecido una nueva política intersectorial coordinada con las Administraciones de Asuntos Sociales, Innovación, Ciencia y Empresa, así como Justicia.

A lo largo de estos 20 años, las cifras de profesionales destinados a este ámbito se ha multiplicado por cinco (pasando de 415 a 2.221); los equipos de salud mental de distrito han pasado de 20 a 72; las unidades de hospitalización general se han quintuplicado (4 en 1984 y 21 en 2004); los hospitales de día se han triplicado (se ha pasado de 2 a 7); y se han creado dispositivos que en la década de los 80 no existían o eran meramente testimoniales, como las comunidades terapéuticas ; las unidades de atención a jóvenes y niños; o las unidades de rehabilitación para la realización de actividades en régimen de atención continuada

Adicionalmente diez años más tarde (en diciembre de 1993), se creó la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM): Los recursos de apoyo social se han incrementado también de modo muy importante: En 1984 el Programa Residencial contaba tan sólo con 39 plazas en pisos y ningún otro dispositivo. En 2002 el número de plazas se había multiplicado por 10, y además se habían creado más de 500 plazas en Casas Hogar y Residencias así como más de 1000 plazas en Talleres Ocupacionales y numerosos Programas de Apoyo Domiciliario e Inserción Laboral, que no existían previamente

Cuando se inició el proceso de reforma psiquiátrica, se efectuó un estudio de actitudes hacia la enfermedad mental, bien desarrollado, evaluando la situación en 1986 mediante una encuesta dirigida a dos muestras de la población andaluza: por una parte, a una muestra representativa del total de la población mayor de 18 años residente en las ocho provincias andaluzas -Población General-, y, por otra, a una muestra representativa del total de personal trabajador en la red asistencial pública andaluza en salud mental -Población Asistencial- (73). Asimismo, se efectuó un estudio sobre las actitudes de la prensa andaluza hacia la salud y la enfermedad mental (74). Habiendo transcurrido casi 20 años desde la realización de los mismos, ambos análisis merecerían ser repetidos, al objeto de reevaluar la ya citada menor tolerancia que se está generalizando ante la conducta trastornada, que se presupone, según publica la literatura internacional, está provocando el incremento de los ingresos (75), la

reinstitucionalización de los pacientes (76), y el aumento de la población penitenciaria general (77).

Partiendo de nuestro estudio previo, podemos concluir que tras el proceso de desinstitucionalización y desarrollo del modelo comunitario, el número de admisiones en las unidades de hospitalización de la comunidad andaluza está aumentando, y el de las readmisiones, proporcionalmente, de forma realmente más importante.

De esta premisa parte el estudio actual, en el que se pretende hacer énfasis sobre el diagnóstico de Trastorno de Personalidad y su relación con el uso de servicios sanitarios, en esta ocasión sobre población hospitalaria.

Desde algún tiempo una observación clínica habitual es la tendencia a la hospitalización que presentan los pacientes con diagnóstico de Trastorno de la Personalidad, sin embargo sólo algunos estudios recientes proveen de datos empíricamente contrastados de éste crecimiento (78-80).

Nuestro estudio muestra este crecimiento durante el período desde 1995 a 2004, desde un 11,74 % de los pacientes ingresados hasta un 17,91 %, no solamente en el número de pacientes, sino también en el número de ingresos con diagnóstico de TP, pasando desde el 11,71 % al 20,24 %, llegando a constituir hasta una quinta parte de todos los ingresos en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica.

Mediante un análisis meramente descriptivo de los subtipos diagnósticos de Trastornos de la Personalidad se puede comprobar que si bien el total de pacientes y de ingresos está aumentando, no lo hacen de manera proporcional los subtipos, sino que cada uno de ellos presenta un comportamiento específico que exige un análisis individual de la tendencia creciente o decreciente de cada uno que se llevó a cabo en la fase de estudio analítico.

El Trastorno de Personalidad sin Especificar es el que presenta un patrón mas estable, como aparece en otros estudios (81) si bien el Trastorno Límite de la Personalidad es el que genera más ingresos y aparecen mayor

número de pacientes y a su vez el que experimenta un crecimiento más acusado.

En el análisis por grupos diagnósticos el principal clúster y que experimenta un crecimiento importante es el clúster B (82), que va acaparando la mayor parte del peso en la clínica hospitalaria.

El Clúster A comprende una menor proporción, y además presenta una tendencia bastante sostenida a disminuir.

El Clúster C es el más minoritario de todos, aunque está experimentando un crecimiento, continúa siendo un escaso porcentaje de los trastornos de personalidad.

La categoría de Otros Trastornos de Personalidad es el grupo que mantiene cifras de pacientes y de ingresos más estables (83).

Como continuación del estudio sobre hospitalización psiquiátrica en Andalucía cabe destacar el análisis de la comorbilidad diagnóstica como línea prioritaria de desarrollo de nuestro estudio en un futuro próximo.

2. EVOLUCIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE PERSONALIDAD

Los pacientes con trastornos de personalidad presentan uno de los principales retos para los clínicos, puesto que obligan al terapeuta a poner en marcha con la máxima intensidad sus propios recursos personales: ¿cómo tratar a pacientes que, por lo general, coinciden en su dificultad para relacionarse adecuadamente con los demás, y cuya forma habitual de reaccionar ante las demandas del entorno suele agravar más esas

dificultades? Además, pueden no reconocer que el origen de sus problemas resida en su propia personalidad, por lo que tienden a hacer responsables a los otros de lo que les sucede, e incluso pueden negar durante un tiempo la existencia de problema alguno.

La complejidad en todos estos casos se ve aumentada porque lo que caracteriza a los pacientes con trastornos de personalidad no es sólo un problema de la persona sino algo que afecta al eje de lo que dicha persona es. De este modo, la patología mental, y en concreto los trastornos de personalidad, a diferencia de la patología general, aparece ante nosotros “no como una patología de la vida orgánica que amenaza más o menos mortalmente la ‘vida’, sino como una patología de la vida psíquica que amenaza al hombre en su humanidad” (84).

A la hora de hacer el abordaje diagnóstico en la práctica clínica encontramos una serie de cuestiones que conviene analizar. Por ejemplo, la CIE 10 considera que estos trastornos abarcan formas de comportamiento duraderas y profundamente arraigadas en el enfermo, que se manifiestan como modalidades estables de respuesta a un amplio espectro de situaciones individuales y sociales (85). Por su parte, el DSM-IV considera los trastornos de personalidad como patrones de rasgos inflexibles y desadaptativos que provocan malestar subjetivo, deterioro social o laboral significativo, o ambas cosas (86). Ahora bien, contemplar los trastornos de personalidad como patrones crónicos y estables lleva consigo ciertas limitaciones. De hecho, ¿hasta qué punto un rasgo de personalidad puede considerarse inflexible? Todos tenemos experiencia de cómo pueden modificarse algunos rasgos de personalidad que considerábamos escasamente susceptibles de cambio. En este sentido puede hablarse de una ‘elaboración personal del carácter’ o ‘formación de la personalidad’ en la línea de lo que queremos llegar a ser, si bien esa elaboración no se lleva a cabo de forma automática o espontánea: requiere el concurso de nuestra libertad. En todo caso, el empleo del adjetivo inflexible, sugiere que esos rasgos son inmodificables, invariables, y si esto es así ¿por qué tratamos de modificarlos en la relación terapéutica? Por tanto, cabe pensar que, también en los trastornos de la personalidad, existe un espacio interior más o menos accesible a las orientaciones de su terapeuta y a las exigencias externas. No equivale el concepto de trastorno de la personalidad a imposibilidad de formación del carácter.

Por tanto, podemos hablar de rasgos de personalidad ‘invariables’ en el sentido de que son lo suficientemente estables como para identificar el hábito, el estilo de reactividad de cada uno, pero sin olvidar que el sistema de personalidad es precisamente el yo en tanto que “dueño de su carácter,

actor de su personaje, artesano de su mundo y sujeto de su conocimiento” (84) y en este sentido siempre podemos introducir cambios que modifiquen ese estilo de reacción que está impidiendo un desarrollo adecuado del yo.

Estos rasgos, continúa diciendo la CIE-10, representan desviaciones extremas, o al menos significativas, del modo como el individuo normal de una cultura percibe, piensa, siente y, sobre todo, se relaciona con los demás o deben apartarse acusadamente de las expectativas culturales o norma, de acuerdo con el DSM-IV. Esta última clasificación también señala que la desviación debe ponerse de manifiesto en más de una de las siguientes áreas: cognitiva, afectiva, de control de impulsos, de necesidad de gratificación y de forma de relacionarse con los demás.

Conviene precisar aquí que la ‘desviación extrema o significativa’ o la ‘norma’ a la que hacen referencia los Manuales, no ha de interpretarse en sentido cuantitativo (desviaciones de la media estadística): una persona no tiene un trastorno de personalidad en función de la intensidad de sus vivencias intelectivas, afectivas etc. No se trata de una cuestión cuantitativa sino de valorar hasta qué punto hay en ese individuo una dificultad real para comportarse de una forma adecuada. Y esto puede apreciarse mediante la relación interpersonal que se establece en la entrevista clínica, la cual es el instrumento por excelencia para el diagnóstico y para la conceptualización del trastorno mental. De ahí que lo que debemos preguntarnos no es tanto hasta qué punto las conductas de una persona son extremas desde el punto de vista cuantitativo, sino hasta qué punto su comportamiento es consecuencia de una limitación previa en su personalidad que compromete sus posibilidades de completar satisfactoriamente su desarrollo como persona.

Además, a la hora de hacer un diagnóstico de trastorno de personalidad, no sólo hemos de comprobar una conducta socialmente desajustada, sino también malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o a nivel de otras áreas importantes de la actividad del sujeto. De hecho, si no hubiera un deterioro funcional podría hablarse de un conjunto de síntomas pero no debería utilizarse el término ‘trastorno’ (cuestión distinta sería la de cómo medir el deterioro funcional (85).

Por último, tanto la CIE 10 como el DSM-IV, coinciden también en el criterio temporal: la desviación debe haberse establecido de forma crónica desde la adolescencia o al principio de la edad adulta, y ser

persistente. Es decir, debe manifestarse en una amplia gama de situaciones más que en una situación desencadenante concreta o en respuesta a un estímulo particular. Asimismo se requiere que la alteración de la personalidad no sea atribuible a una lesión o enfermedad cerebral, o a otros trastornos psiquiátricos.

Estas breves reflexiones, y muchas otras que podrían hacerse, nos remiten de nuevo al pensamiento de Henry Ey, el cual, después de decir que para el psiquiatra ocupado de la clínica, las teorías han pasado al segundo plano de sus preocupaciones, insiste en que, en todo caso, no puede evitar el referirse a un esquema teórico que le obliga, incluso a pesar suyo, a tomar posición con respecto a los problemas difíciles, en los cuales compromete necesariamente su concepción y su terapéutica de la enfermedad mental. Es decir, que en definitiva “está obligado a adoptar una cierta manera de juzgar o de prejuzgar las relaciones entre lo físico y lo moral, entre el cerebro y el pensamiento, entre la constitución de la persona y el medio etc.”. La posición teórica de cada uno vendrá determinada por la escuela a la que pertenezca o con la que más se identifique, ya sea psicodinámica, biomédica o sociocultural.

Las definiciones y criterios sobre los trastornos de la personalidad pueden servirnos más o menos, pero lo importante es que los clínicos seamos capaces de identificar esos trastornos en nuestros pacientes. Primero, porque son personas que necesitan una ayuda especializada (a diferencia de otros problemas de salud mental que pueden ser atendidos en el ámbito de la atención primaria), un ‘plan individualizado de tratamiento’, que diríamos utilizando el lenguaje de los sistemas sanitarios públicos; segundo, porque tener un trastorno de la personalidad no sólo genera problemas en la persona que lo padece sino en el entorno familiar, laboral y social (incluso con consecuencias legales); tercero, porque son trastornos que muchas veces interfieren en la evolución de otro trastorno mental coexistente (bien sea de tipo afectivo, alimentario, adictivo etc.).

Con respecto a las futuras clasificaciones internacionales de enfermedades y las tendencias que se atisban en sus planteamientos, el debate actual se centra en la posibilidad de mejorar la representación de los trastornos de personalidad en el DSM V y en la CIE-11. Como se mencionó anteriormente, la discusión acerca de si los trastornos de la personalidad están mejor clasificados como dimensiones o cómo categorías permanece abierta: ¿se describen mejor los trastornos de personalidad como representaciones dimensionales de categorías diagnósticas o extremos dimensionales del funcionamiento general de la personalidad, o como representaciones categoriales en sí mismas?

Aunque, ciertamente, los modelos categóricos aplicados a los trastornos de personalidad han facilitado un lenguaje común y han servido para un uso generalizado en investigación, también son conocidas sus limitaciones: el solapamiento entre los diagnósticos, la gran heterogeneidad dentro de los pacientes que reciben el mismo diagnóstico, los límites arbitrarios entre el funcionamiento normal y patológico de la personalidad, y la dificultad para abarcar las distintas manifestaciones psicopatológicas, de modo que el diagnóstico de trastorno de personalidad “no especificado” es el más común.

Estas dificultades hacen que sea necesario clarificar si los trastornos mentales en general, y los trastornos de personalidad en particular, no estarían mejor representados en forma de dimensiones psicopatológicas que mediante categorías múltiples (86). De hecho, algunos autores, no dudan en afirmar la necesidad de desarrollar modelos dimensionales de diagnóstico (87), y distintos modelos dimensionales se ofrecen como solución a los problemas que plantea el diagnóstico categorial (88).

La mayoría de los clínicos, sin embargo, no están familiarizados con los modelos dimensionales sino con el modelo médico, donde un único diagnóstico sirve para comunicar gran cantidad de información sobre los problemas del paciente, el tratamiento y el pronóstico más probable. En todo caso, los defensores del modelo dimensional señalan que algunos fenómenos clínicos en medicina, tal como la presión arterial, tienen una distribución continua aunque conducen a un diagnóstico categorial (por ejemplo, hipertensión), una vez que se establecen los puntos de corte compatibles con enfermedad y necesidad de tratamiento.

La literatura publicada en relación con el futuro de las clasificaciones de los trastornos de la personalidad no descarta que los próximos manuales diagnósticos se basen en un modelo híbrido que incluya los siguientes aspectos: 1) una valoración global del funcionamiento de la personalidad que abarque desde lo que se considera normal hasta lo severamente deteriorado; 2) descripciones prototípicas de los principales trastornos de personalidad; 3) un examen de rasgos de personalidad basado en prototipos, pero que pueda ser usado también para describir las principales características de pacientes que, o bien no tienen un trastorno de personalidad, o tienen un trastorno de personalidad que no se ajusta a ninguno de los prototipos; 4) criterios generales de trastorno de personalidad que contemplen el déficit en la diferenciación e integración

del yo y en la capacidad para establecer relaciones interpersonales; 5) medidas de un funcionamiento adaptativo o adecuado de la persona (89).

Los Trastornos de la Personalidad incluyen diversas alteraciones y modos de comportamiento que tienen relevancia clínica por sí mismos, que tienden a ser persistentes y son la expresión de un estilo de vida y de la manera característica que el individuo tiene de relacionarse consigo mismo y con los demás. Algunas de estas alteraciones y modos de comportamiento aparecen en estadios precoces del desarrollo del individuo, como resultado tanto de factores constitucionales como de experiencias vividas, mientras que otros se adquieren más tarde a lo largo de la vida (90,91).

Estos tipos de trastornos abarcan formas de comportamiento duraderas y profundamente arraigadas en el enfermo, que se manifiestan como modalidades estables de respuestas a un amplio espectro de situaciones individuales y sociales. Representan desviaciones extremas, o al menos significativas, del modo como el individuo normal de una cultura determinada percibe, piensa, siente y, sobre todo, se relaciona con los demás. Estas formas de comportamiento tienden a ser estables y a abarcar aspectos múltiples de las funciones psicológicas y del comportamiento. Con frecuencia se acompañan de grados variables de tensión subjetiva y de dificultades de adaptación social. (92,93)

Mediante el estudio analítico por medio de regresión lineal y según la evolución de los 10 años anteriores podemos estimar, asumiendo cierto margen de error, la tendencia en la hospitalización de los Trastornos de la Personalidad. De esta manera se muestra una línea de tendencia que manifiesta este aumento.

De igual manera nos permite clasificar los trastornos de personalidad en aquellos que presentan una tendencia al crecimiento, aquellos que tienen un patrón estable, y en tercer lugar aquellos con tendencia a decrecer.

Según este análisis crece en gran medida el Trastorno Límite de la Personalidad y el Narcisista, y junto a éste el Cluster B que incluye a los dos, y con un pequeño porcentaje el Trastorno Evitativo y el Dependiente, junto con el Cluster C, que incluye a ambos.

El trastorno límite se configura como el diagnóstico de mayor riesgo, no sólo por el incremento en el número de ingresos, sino también por un aumento en la incidencia que desborda cualquier previsión previa, aparte de presentar una línea de tendencia que estima que este crecimiento se mantendrá.

Por otro lado, el ingreso de pacientes con este diagnóstico en Unidades de Hospitalización se ha relacionado con la aparición de complicaciones tan graves como pueden ser el suicidio, aumentando las cifras de prevalencia del mismo al alta y relacionándose un aumento en las conductas parasuicidas y mimetización de conductas de riesgo (94,96).

Se trata de un diagnóstico de alta prevalencia en la comunidad, aunque con diferencias entre los países estudiados, variando desde el 0,7 % en Noruega (97) hasta el 1,8% en Estados Unidos (98). No existen en nuestro país estudios epidemiológicos de cifras de prevalencia en la comunidad, con lo que se abriría un interesante debate que compararía estas cifras en población hospitalaria con población general. Esta vía se configura como una interesante línea de continuación del proyecto actual.

El trastorno narcisista de personalidad es un [trastorno de la personalidad](#) caracterizado por existir un patrón de grandiosidad, fantasías de éxito, tienen necesidad de admiración y falta de empatía (99).

Su porcentaje es escaso, aunque existe una tendencia al crecimiento. El solapamiento en los criterios diagnósticos con otros trastornos del Cluster B (100) podría explicar esta tendencia.

El trastorno ansioso-evitativo es un trastorno de personalidad cuya principal característica es un patrón general de inhibición social, sentimientos de inadecuación y una hipersensibilidad a la evaluación negativa, con comienzo a principio de la edad adulta y que se da en diversos contextos.

Estos rasgos pueden también presentarse en sujetos sin que lleguen a constituir un trastorno; debido a que sólo se constituyen como trastorno cuando son inflexibles, desadaptativos y persistentes; además de cuando ocasionan deterioro funcional o malestar subjetivo. Además se ha

demostrado un espectro de continuidad con la fobia social, diagnóstico también emergente en los últimos años (101).

El **trastorno dependiente** aparece en individuos que tienen una necesidad general y excesiva de que se ocupen de ellos (comportamiento de sumisión o adhesión), además de un gran temor de separación.

Estas características están sujetas a un fuerte matiz cultural y social (102), por lo que factores ambientales de nuestro medio podrían explicar este crecimiento.

En segundo lugar el análisis de las tendencias señala que los diagnósticos de trastornos de personalidad que mantienen un patrón estable a lo largo del periodo índice son Trastorno Antisocial de Personalidad, el Trastorno Esquizoide de Personalidad, el Trastorno Obsesivo-Compulsivo de Personalidad, y el más estable de todos que sería el Trastorno de Personalidad sin especificar

El **trastorno antisocial** de personalidad reproduce un patrón de conducta antisocial continua y crónica, en la que se violan los derechos de los demás. Los criterios diagnósticos, aunque distintos en ambas

clasificaciones internacionales (DSM y CIE) (103), derivan de la concepción clásica ya descrita por Kurt Schneider (104) de personalidad psicopática, más concretamente, y dentro de la clasificación que hizo de las mismas, del subtipo desalmado. Está descrito como individuos carentes de compasión, de vergüenza, de pundonor, de arrepentimiento, de conciencia moral; en su modo de ser, muchas veces hoscos, fríos, gruñones; en sus actos, asociales, brutales.

Esta concepción tan bien definida en la literatura clásica, pero no así en las clasificaciones modernas, parece que representa un patrón fijo, inflexible y socialmente desadaptado esperable dentro de un diagnóstico de trastorno de personalidad, evidenciándose en el estudio que además existe un comportamiento similar a lo largo del período estudiado, donde se mantienen estables las cifras de hospitalización.

El trastorno esquizoide se caracteriza por un gran distanciamiento de las relaciones sociales y una restricción de la expresión emocional (105).

Se sitúa próximo a trastornos generalizados del desarrollo e incluso según algunos autores dentro del espectro autista (106). La cronicidad y estabilidad de estos trastornos a lo largo del tiempo se podría corresponder a la observada en la serie temporal.

El trastorno obsesivo-compulsivo de personalidad se define por preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental, a expensas de la flexibilidad y la espontaneidad. Este patrón de comportamiento comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos.

Los sujetos con este trastorno intentan mantener la sensación de control, mediante una gran atención a las reglas, los detalles, los protocolos, las formalidades,... hasta incluso la pérdida de vista del principal objetivo de la actividad. Son demasiado cuidadosos y muy propensos a las repeticiones, sobre todo para comprobar los posibles errores (107).

Los criterios DSM-IV y CIE-10 definen en líneas generales el mismo trastorno; sin embargo, en la clasificación CIE-10 esta entidad está recogida con el nombre de trastorno anancástico de la personalidad.

Al igual que el trastorno antisocial de personalidad, este trastorno está exquisitamente descrito en la literatura clásica, en el caso clínico comentado por Sigmund Freud “ El Hombre de las ratas”, (108) en el que el sujeto muestra su ambivalencia respecto a la superstición. El obsesivo suele ser lo suficientemente inteligente como para desechar todas las supersticiones populares, pero vive preso de sus propias reglas absurdas. Se describe la parálisis de la voluntad, en personas que dilatan al máximo dar solución a sus problemas.

Y de igual forma, la serie temporal recoge una evolución lineal y un patrón que, a pesar de las variaciones interanuales, se mantiene relativamente estable.

La categoría de **Trastorno de la personalidad sin especificar** queda descrita como último recurso, si se asume la presencia de un trastorno de la personalidad y del comportamiento en un adulto, pero se carece de información que permita su diagnóstico en una categoría específica .

Sin embargo, este diagnóstico lleva asociado un peor pronóstico que aquellas categorías en las que sí se especifica el subtipo (109).

En la evolución diagnóstica, de manera paradójica aunque consecuente con lo publicado hasta el momento, aparece como una categoría diagnóstica estable a lo largo del tiempo.

En tercer lugar cabe destacar las categorías diagnósticas que experimentan un crecimiento negativo, que son el Trastorno Histriónico de Personalidad,, el Trastorno Paranoide de Personalidad y el Trastorno Esquizotípico de Personalidad.

El **Trastorno Histriónico de Personalidad** se presenta como una emocionalidad excesiva y gran tendencia a llamar la atención de los demás por medio de una conducta llamativa y espectacular. Buscan constantemente o exigen el elogio, apoyo y aprobación de los demás. Su comportamiento suele ser seductor, se preocupan de tener un buen aspecto físico para gustar a los demás y buscan ser siempre el centro de atención.

Esta categoría tiende a descender en la evolución temporal, a su misma vez recientemente ha quedado cuestionado el constructo mediante un estudio psicométrico (110). Éste evidencia que pacientes con diagnóstico de Trastorno Histriónico de personalidad presentaban más características de Trastorno Límite de personalidad que de su propia categoría.

A su misma vez este estudio corrobora nuestra hipótesis previa, que demostraba un trasvase diagnóstico desde la categoría de Trastorno Histriónico de Personalidad hacia la de Trastorno Límite (111).

El Trastorno Paranoide de Personalidad se desarrolla como patrón de desconfianza y suspicacia general hacia los otros, de tal forma que las intenciones de los demás son interpretadas como maliciosas. Suele comenzar al principio de la edad adulta y en diversos contextos.

Las publicaciones sobre el tema se centran en aspectos psicodinámicos o de relación, no correspondiéndose con la extensa literatura que existe para otros trastornos, como el límite (112).

El Trastorno Esquizotípico de Personalidad se desarrolla como un déficit social e interpersonal caracterizado por un malestar agudo y una capacidad reducida para las relaciones personales, así como distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades en el comportamiento. Suele comenzar al principio de la edad adulta y se observa en distintos contextos.

La CIE-10 no considera esta alteración como un verdadero trastorno de la personalidad, sino que lo incluye dentro de la sección donde también están la esquizofrenia, el trastorno esquizotípico y el trastorno delirante.

Este estudio muestra la necesidad de medidas de intervención para los subgrupos de riesgo indicados, con la finalidad de cambiar estas tendencias en la hospitalización de pacientes con diagnóstico de Trastorno de la Personalidad, permitiendo nuestra herramienta de análisis la evaluación posterior de las mismas.

Con independencia de que la investigación sobre estos temas pueda modificar en mayor o menor medida las previsiones, se observa una tendencia a sustituir los modelos clasificatorios categoriales actuales (DSM-IV, CIE-10), basados en una psicopatología descriptiva de los

trastornos mentales (listados de síntomas), por modelos dimensionales (o mixtos), que incluyan, entre otras medidas, valoraciones del funcionamiento psicológico adaptativo o normal, dando lugar así a aproximaciones más amplias que permitan una mayor comprensión de la psicopatología de la personalidad.

CONCLUSIONES

1. El número de pacientes ingresados en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de Andalucía con al menos un diagnóstico de Trastorno de Personalidad está aumentando.
2. A su vez, el número de ingresos por paciente y año que reciben al menos un diagnóstico de Trastorno de Personalidad está también

aumentando, produciéndose un fenómeno creciente de rehospitalización.

3. El diagnóstico más frecuente y que genera mayor número de ingresos es el Trastorno Límite de Personalidad.
4. El grupo de Trastorno de Personalidad Sin Especificar es el segundo en importancia por pacientes e ingresos, presentando a su vez un patrón estable.
5. En el análisis por grupos diagnósticos el principal clúster y que experimenta un crecimiento importante es el clúster B, que va acaparando la mayor parte del peso en la clínica hospitalaria.
6. El Clúster A comprende una menor proporción, y además presenta una tendencia bastante sostenida a disminuir
7. El Clúster C es el más minoritario de todos, aunque está experimentando un crecimiento, continúa siendo un escaso porcentaje de los Trastornos de Personalidad.
8. Mediante un análisis de las tendencias podemos estimar que crecen el Trastorno Límite de la Personalidad y el Narcisista, y junto a éste el Cluster B que incluye a los dos, y con un pequeño porcentaje el Trastorno Evitativo y el Dependiente, junto con el Cluster C, que incluye a ambos.
9. Los diagnósticos de Trastornos de Personalidad que mantienen un patrón estable a lo largo del periodo índice son el Trastorno Antisocial de Personalidad, el Trastorno Esquizoide de

Personalidad, el Trastorno Obsesivo-Compulsivo de Personalidad, y el más estable de todos que sería el Trastorno de Personalidad sin especificar.

10. Las categorías diagnósticas que experimentan un crecimiento negativo son el Trastorno Histriónico de Personalidad, el Trastorno Paranoide de Personalidad y el Trastorno Esquizotípico de Personalidad

BIBLIOGRAFÍA:

Introducción:

1. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2003-2007. Sevilla, 2004

2. Bateman A, Fonagy P: Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization-Based Treatment. Oxford, UK, Oxford University Press, 2004

3. Stanley B, Bundy E, Beberman R.
Skills Training as an Adjunctive Treatment for Personality Disorders.
J Psychiatr Pract. 2001 Sep;7(5):324-335.

4. Gabbard GO.
Mind, brain, and personality disorders.
Am J Psychiatry. 2005 Apr;162(4):648-55.

5. Blashfield RK, Intoccia V.
Growth of the literature on the topic of personality disorders.
Am J Psychiatry. 2000 Mar;157(3):472-3.

6. Jackson HJ, Whiteside HL, Bates GW, Bell R, Rudd RP, Edwards J.

Diagnosing personality disorders in psychiatric inpatients.

Acta Psychiatr Scand. 1991 Mar;83(3):206-13.

7. Jackson HJ, Burgess PM.

Personality disorders in the community: results from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being Part III. Relationships between specific type of personality disorder, Axis 1 mental disorders and physical conditions with disability and health consultations.

Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2004 Oct;39(10):765-76.

8. Jackson HJ, Burgess PM.

Personality disorders in the community: results from the Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing Part II. Relationships between personality disorder, Axis I mental disorders and physical conditions with disability and health consultations.

Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2002 Jun;37(6):251-60.

9. Jackson HJ, Burgess PM.

Personality disorders in the community: a report from the Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing.

Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2000 Dec;35(12):531-8.

10. Buchanan A, Leese M.

Detention of people with dangerous severe personality disorders: a systematic review.

Lancet. 2001 Dec 8;358(9297):1955-9.

11. Tyrer P, Coid J, Simmonds S, Joseph P, Marriott S.

Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses

and disordered personality.

Cochrane Database Syst Rev. 2000;(2):CD000270.

12. Keown P, Holloway F, Kuipers E.

The impact of severe mental illness, co-morbid personality disorders and demographic factors on psychiatric bed use.

Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2005 Jan;40(1):42-9

13. Fontalba Navas A, Pena Andreu JM, Carrera Martínez M, Rodríguez Idígoras MI, Martínez González JL, Gornemann Schaffer I.

Aumento del número de ingresos con diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad en la Comunidad Autónoma Andaluza.

Psiquiatría Biológica 2004; 11, extraordin 1 :120

14. Fontalba Navas A, Pena Andreu JM, Carrera Martínez M, Rodríguez Idígoras MI, Martínez González JL, Lorenzo García M.

Estabilidad del diagnóstico de Trastorno Histriónico de Personalidad en pacientes ingresados en Unidades de Agudos en Andalucía.

Psiquiatría Biológica 2004; 11, extraordin 1 :120

15. Pena-Andreu JM, Fontalba A, Carrera M, Martinez JL, Rodriguez MI.

Refining the personality disorder diagnosis.

Am J Psychiatry. 2005 May;162(5):1030-1.

16. Comtois KA, Russo J, Snowden M, Srebnik D, Ries R, Roy-Byrne P.

Factors Associated With High Use of Public Mental Health Services by Persons With Borderline Personality Disorder

Psychiatr Serv 2003; 54:1149-1154

17. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Silk KR.

Mental health service utilization by borderline personality disorder patients and Axis II comparison subjects followed prospectively for 6 years.

J Clin Psychiatry. 2004 Jan;65(1):28-36.

18. Paris J.

Personality disorders over time: precursors, course and outcome.

J Personal Disord. 2003 Dec;17(6):479-88.

19. Madden T, Tyrer P.

Dangerous and severe personality disorders: a new personality concept from the United Kingdom.

J Personal Disord. 2003 Dec;17(6):489-96.

20. Lavender E.

Developing services for people with dangerous and severe personality disorders.

Crim Behav Ment Health. 2002;12(2 Suppl):S46-53.

Capítulo 1

21. Achieving the Promise: Transforming Mental Health Care in America: Final Report. Rockville, Md, New Freedom Commission on Mental Health, 2003

22. Geller JL: The last half-century of psychiatric services as reflected in Psychiatric Services. *Psychiatric Services* 51:41-67, 2000

23. Nelson EA, Maruish ME, Axler JL: Effects of discharge planning and compliance with outpatient appointments on readmission rates. *Psychiatric Services* 51:885-889, 2000.

24. Leff J. The TAPS project: evaluating community placement of long-stay psychiatric patients. *Br J Psychiatry* 1993;162 (suppl 19):1-56

25. Munk-Jorgensen P, Weeke A, Jensen EB, Dupont A, Strömngren E. Changes in utilization of Danish psychiatric institutions II. Census studies 1977-1982. *Compr Psychiatry* 1986; 27: 416-29

26. Pijl YL, Kluiter H, Wiersma D. Change in Dutch mental health care: an evaluation. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2000; 35:402-407

27. Pijl YL, Sytema S. The effect of deinstitutionalization on the longitudinal continuity of mental health care in the Netherlands. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2004; 39: 244 – 248

28. European Observatory for Health Care Systems (EOHCS). HiT country profile: Spain, 2000. Copenhagen:EOHCS, 2000.

Available from:

<http://www.euro.who.int/observatory/Hits/TopPage>.

29. Andalucía Datos Básicos. Instituto de Estadística de Andalucía: Consejería de Economía y Hacienda. Sevilla, 2005.

Available from: <http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadistica>

30. Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Sociales. Compendio de Legislación Sanitaria Andaluza. 1989

31. IASAM. La Reforma Psiquiátrica en Andalucía 1984-1990. Series Monográficas de Salud Mental nº 2 1988

32. IASAM. La Población hospitalizada en Instituciones Psiquiátricas en Andalucía. Resultados del Censo 1985. Series Monográficas de Salud Mental nº 1 1987

33. Lyons JS, O'Mahoney MT, Miller SI, Neme J, Kabat J, Miller F:
Predicting readmission to the psychiatric hospital in a managed care environment: implications for quality indicators. American Journal of Psychiatry 154:337–340, 1997

34. Vogel S; Factors associated with multiple admissions to a public psychiatric hospital. Acta Psychiatr Scand 1997; 95: 244-253

35. Thornicroft G, Gooch C, Dayson D. Readmissions to hospital for long term psychiatric patients after discharge to the community. BMJ 1992; 305: 996-998

36. Milne R, Clarke A. Can readmissions be used as an outcome indicator? BMJ 1990; 301: 1139-40

Capítulo 2:

37. Organización Mundial de la Salud.

CIE 10 – Trastornos Mentales y del Comportamiento.

Madrid: Meditor, 1992.

38. American Psychiatric Association.

DSM-IV. TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales

Barcelona: Masson, 1995

Capítulo 3

39. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.

Performance improvement in plant, technology and safety management:

Enhancing the environment of care. Oakbrook Terrace, IL (1994a)

40. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. The framework for improving performance: From principles to practice.

Oakbrook Terrace, IL (1994b)

41. Casas M. Lessons from Sharing Hospital MBDS in the CAMISE project: need for further standardization. Stud Health Technol Inform. 1994; 14:84-90

42. Calle EJ, Saturno PJ, Parra P, Rodenas J, Perez MJ, Eustaquio FS Aguinaga E. Quality of the information contained in the minimum basic data set: results from an evaluation in eight hospitals. Eur J Epidemiol. 2000;16 (11): 1073-80

43. Pena-Andreu JM, Fontalba A, Rodríguez MI, Martínez JL, Lorenzo M, Carrera, M. Registro CMBD y evaluación de la variabilidad de la práctica clínica -estudio en salud mental-. Abstracts XVII Jornadas de Salud Pública y Administración Sanitaria. Granada, Noviembre 2003

44. García-Eroles L, Illa C, Arias A, Casas M. Los Top 20 2000: objetivos, ventajas y limitaciones del método. Rev Calidad Asistencial 2001 ;16:107-

18. www.secalidad.org/revista/articulos/r-16-2-006.pdf.

45. Meneu R. Top be or not Top be. Rev Calidad Asistencial 2001; 16:83-

84. www.secalidad.org/revista/editoriales/r-16-2-001.pdf

46. Peiró S. Los mejores hospitales. Entre la necesidad de información comparativa y la confusión. Rev Calidad Asistencial 2001; 16:119-30

www.secalidad.org/revista/articulos//2001_febrero/r-16-2-007.pdf

47. Coexistence between bipolar disorder and borderline personality disorder in young inpatients

Pena-Andreu JM, Fontalba-Navas A, Gutierrez D, Rodriguez Idígoras MI, Martinez JL, Lorenzo M

Bipolar Disorders, 8 (Suppl. 1), 1–68

Capítulo 4

48. Ham J M. Borderline Personality Disorder and Suicidality. Am J Psychiatry 2006; 163 (1) : 20-24
49. Paris J. Borderline personality disorder. CMAJ 2005. 172(12): 1579-82
50. Zittel C, Westen D. Borderline Personality Disorder in clinical practice. Am J Psychiatry 2005; 162(5):833-5
- 51 . Blashfield RK, Intoccia V.
Growth of the literature on the topic of personality disorders.
Am J Psychiatry. 2000 Mar;157(3):472-3.
52. Cain NM, Pincus AL, Ansell EB.
Narcissism at the crossroads: phenotypic description of pathological narcissism across clinical theory, social/personality psychology, and psychiatric diagnosis.
Clin Psychol Rev. 2008 Apr;28(4):638-56

53. Ogrodniczuk JS, Piper WE, Joyce AS, Steinberg PI, Duggal S.

Interpersonal problems associated with narcissism among psychiatric outpatients.

J Psychiatr Res. 2009 Jun;43(9):837-42

54. Schnider K

Psicopatología clínica

Fundación de archivos de Neurobiología, Madrid, 2007

55. Ottosson H, Ekselius L, Grann M, Kullgren G.

Cross-system concordance of personality disorder diagnoses of DSM-IV and diagnostic criteria for research of ICD-10.

J Pers Disord. 2002 Jun;16(3):283-92

56. Questioning the coherence of histrionic personality disorder: borderline and hysterical personality subtypes in adults and adolescents.

Blagov PS, Westen D.

J Nerv Ment Dis. 2008 Nov;196(11):785-97

57. Pena-Andreu JM, Fontalba A, Carrera M, Martinez JL, Rodriguez MI.

Refining the personality disorder diagnosis.

Am J Psychiatry. 2005 May;162(5):1030-1

58. Johnson J, First M, Cohen P, Skodol A, Kasen S, Brook J.

Adverse Outcomes Associated With Personality Disorder Not Otherwise
Specified in a Community Sample

Am J Psychiatry 2005. 162:1926-1932

Capítulo 5

59. American Psychiatric Association.

DSM-IV. TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales

Barcelona: Masson, 1995

60. Jones GS.

Autistic spectrum disorder: diagnostic difficulties.

Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids. 2000 Jul-Aug;63(1-2):33-6

61. Chiesa M, Fonagy P.

Prediction of medium-term outcome in cluster B personality disorder
following residential and outpatient psychosocial treatment.

Psychother Psychosom. 2007;76(6):347-53.

62. Pompili M, Ruberto A, Girardi P, Tatarelli R

Ann Ist Super Sanita. 2004;40(4):475-83.

Suicidality in DSM IV cluster B personality disorders. An overview.

63. Erlenmeyer-Kimling L, Squires-Wheeler E, Adamo UH, Bassett AS, Cornblatt BA, Kestenbaum CJ, Rock D, Roberts SA, Gottesman II.

The New York High-Risk Project. Psychoses and cluster A personality disorders in offspring of schizophrenic parents at 23 years of follow-up. Arch Gen Psychiatry. 1995 Oct;52(10):857-65.

64. Brandes M, Bienvenu OJ.

Curr Psychiatry Rep. 2006 Aug;8(4):263-9.

Personality and anxiety disorders.

65. Wilberg T, Hummelen B, Pedersen G, Karterud S.

A study of patients with personality disorder not otherwise specified.

Compr Psychiatry. 2008 Sep-Oct;49(5):460-8.

66. Verheul R, Bartak A, Widiger T

Prevalence and construct validity of Personality Disorder Not Otherwise Specified (PDNOS).

J. Pers Disord. 2007 Aug;21(4):359-70.

Capítulo 6

67. Ríos M, García JM, Cubedo M, Pérez D.

Análisis de series temporales en la epidemiología de la fiebre tifoidea

Med Clin 1996; 106:686-9

68. Kis M

Analysis of the time series for some causes of death

Stud Health Technol Inform 2002 ; 90:439-43

69. Shibuya K, Inoue M, López AD.

Statistical modelling and projections of lung cancer mortality in 4

industrialized countries. Int J cancer 2005; 117:476-85

Capítulo 7

70. Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Sociales. Compendio de Legislación Sanitaria Andaluza. 1989

71. IASAM. La Reforma Psiquiátrica en Andalucía 1984-1990. Series Monográficas de Salud Mental nº 2 1988

72. IASAM. La Población hospitalizada en Instituciones Psiquiátricas en Andalucía. Resultados del Censo 1985. Series Monográficas de Salud Mental nº 1 1987

73. Actitudes de la Población Andaluza ante los enfermos mentales. Instituto Andaluz de Salud Mental. Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Servicios Sociales. Sevilla, 1988

74. Salud Mental y Prensa. Instituto Andaluz de Salud Mental. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Sevilla, 1987

75. Thornicroft G, Tansella M, eds. The mental health matrix: a manual to improve services. Cambridge, Cambridge University Press, 1999
76. Priebe S, Badesconyi A, Fioritti A, et al. Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. *BMJ* 330:123-126, 2005
77. ARhart-Treichel J. Signs of Reinstitutionalization Appear in Europe. *Psychiatric News* 40 (2): 18, 2005
78. Lyons JS, O'Mahoney MT, Miller SI, Neme J, Kabat J, Miller F: Predicting readmission to the psychiatric hospital in a managed care environment: implications for quality indicators. *American Journal of Psychiatry* 154:337–340, 1997
79. Vogel S; Factors associated with multiple admissions to a public psychiatric hospital. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 95: 244-253
80. Thornicroft G, Gooch C, Dayson D. Readmissions to hospital for long term psychiatric patients after discharge to the community. *BMJ* 1992; 305: 996-998

81. Verheul R, Bartak A, Widiger T

Prevalence and construct validity of Personality Disorder Not Otherwise Specified (PDNOS).

J. Pers Disord. 2007 Aug;21(4):359-70.

82. Ey, H., Bernard P., Brisset Ch. Tratado de Psiquiatría, 8ª edición, Masson, Barcelona, 1992

83. CIE 10, Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Meditor, Madrid, 1992

84. DSM IV-TR, Breviario, Criterios diagnósticos. Masson, Barcelona, 2003

85. Widiger TA, Simonsen E, Krueger R, Livesley WJ, Verheul R. Personality Disorder Research Agenda for the DSM-V. J Pers Disord 19: 315-338, 2005

86. Kupfer D. J., First M. B., Regier D. A. Introduction. En: A Research Agenda for DSM-V. Edited by Kupfer D. J., First M. B., Regier D. A. Washington DC, American Psychiatric Association, 2002, pp. xv-xxiii

87. Rounsaville B. J., Alarcón R. D., Andrews G., Jackson J. S., Kendell R. E., Kendler K. Basic nomenclature issues for DSM-V. En: A Research Agenda for DSM-V. Edited by Kupfer D. J., First M. B., Regier D. A. Washington DC, American Psychiatric Association, pp. 1-29, 2002

88. Widiger T. A, Simonsen E. Alternative dimensional models of personality disorder: finding a common ground. J Pers Disord 19: 110-130, 2005

89. Skodol A. E., Bender D. S. The future of Personality Disorders in DSM-V? Am J Psychiatry 166 (4): 388-391, 2009

90. Brandes M, Bienvenu OJ.

Personality and anxiety disorders.

Curr Psychiatry Rep. 2006 Aug;8(4):263-9.

91. Fountoulakis KN, Kaprinis GS.

Personality disorders: new data versus old concepts.

Curr Opin Psychiatry. 2006 Jan;19(1):90-4.

92. Widiger TA, Samuel DB.

Evidence-based assessment of personality disorders.

Psychol Assess. 2005 Sep;17(3):278-87

93. Siever LJ.

Endophenotypes in the personality disorders.

Dialogues Clin Neurosci. 2005;7(2):139-51.

94. Morana HC, Camara FP.

International guidelines for the management of personality disorders.

Curr Opin Psychiatry. 2006 Sep;19(5):539-43

95. Paris J.

The development of impulsivity and suicidality in borderline personality

disorder.

Dev Psychopathol. 2005 Fall;17(4):1091-104

96. Oldham JM.

Borderline personality disorder and suicidality.

Am J Psychiatry. 2006 Jan;163(1):20-6

97. Torgensen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorder in a community sample. Arch Gen Psychiatry 2001; 58: 590-96

98. Swartz MS, Blazer D, George L, Winfield I. Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. J Personal Disord 1990; 4 :257-72.

99. Cain NM, Pincus AL, Ansell EB.

Narcissism at the crossroads: phenotypic description of pathological narcissism across clinical theory, social/personality psychology, and psychiatric diagnosis.

Clin Psychol Rev. 2008 Apr;28(4):638-56

100. Ogrodniczuk JS, Piper WE, Joyce AS, Steinberg PI, Duggal S.

Interpersonal problems associated with narcissism among psychiatric outpatients.

J Psychiatr Res. 2009 Jun;43(9):837-42

101. Reich J.

Avoidant personality disorder and its relationship to social phobia.

Curr Psychiatry Rep. 2009 Feb;11(1):89-93

102. Chen Y, Nettles ME, Chen SW.

Rethinking dependent personality disorder: comparing different human relatedness in cultural contexts.

J Nerv Ment Dis. 2009 Nov;197(11):793-800

103. Ottosson H, Ekselius L, Grann M, Kullgren G.

Cross-system concordance of personality disorder diagnoses of DSM-IV and diagnostic criteria for research of ICD-10.

J Pers Disord. 2002 Jun;16(3):283-92

104. Schnider K

Las personalidades psicopáticas 8ª ed.

Ediciones Morata S. L. 1980

105. Kosson DS, Blackburn R, Byrnes KA, Park S, Logan C, Donnelly JP

Assessing interpersonal aspects of schizoid personality disorder:
preliminary validation studies.

J Pers Assess. 2008 Mar;90(2):185-9

106. Jones GS.

Autistic spectrum disorder: diagnostic difficulties.

Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids. 2000 Jul-Aug;63(1-2):33-6

107. Calvo R, Lázaro L, Castro-Fornieles J, Font E, Moreno E, Toro J

Obsessive-compulsive personality disorder traits and personality
dimensions in parents of children with obsessive-compulsive disorder.

Eur Psychiatry. 2009 Apr;24(3):201-6. Epub 2008 Dec 31.

108. S. Freud

El hombre de las ratas, Obras Completas de Freud Vol X

Ed. Amorrortu. Buenos Aires, 2002

109. Johnson JG, First MB, Cohen P, Skodol AE, Kasen S, Brook JS.

Adverse outcomes associated with personality disorder not otherwise specified in a community sample.

Am J Psychiatry. 2005 Oct;162(10):1926-32

110. Blagov PS, Westen D.

Questioning the coherence of histrionic personality disorder: borderline and hysterical personality subtypes in adults and adolescents.

J Nerv Ment Dis. 2008 Nov;196(11):785-97.

11. Pena-Andreu JM, Fontalba A, Carrera M, Martinez JL, Rodriguez MI.

Refining the personality disorder diagnosis.

Am J Psychiatry. 2005 May;162(5):1030-1

112. Salvatore G, Nicolò G, Dimaggio G.

Impoverished dialogical relationship patterns in paranoid personality disorder.

Am J Psychother. 2005;59(3):247-65.

